UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936-1937

N° 69

TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES DE LA PAROTIDE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le lundi 21 décembre 1936

PAR

Jean-Germain-Vitalien GENTILE

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Poitiers (Vienne), le 21 décembre 1910.

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

BÉGOUIN, professeur .....

CHARRIER, agrégé ..... } *Juges*

MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIERE

18, Rue du Peugue

1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0049

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936-1937

N° 69

TRAITEMENT
DES TUMEURS MALIGNES DE LA PAROTIDE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le lundi 21 décembre 1936

PAR

Jean-Germain-Vitalien GENTILE

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Poitiers (Vienne), le 21 décembre 1910.

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

BÉGOUIN, professeur ..... } *Juges*

CHARRIER, agrégé ..... }

MASSÉ, agrégé ..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIERE

18, Rue du Peugue

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC
Assesseur..... M. LABAT
Doyen honoraire..... M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE,
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et therapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RECROU
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES

	MM
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatolcgie	CREYX
Clinique dentaire	DUBECQ.

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	N.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN BROUSTET DERVILLÉE.

	MM
Chirurgie générale	MASSE. DARGET.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE
Médecine opératoire	F. PAPIN
Accouchements	RIVIERE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)
Puériculture	FAUGÈRE.
Pharmacie chimique	VITTE

	MM.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine légale	DERVILLÉE
Urologie	DARGET
Botanique	GIRARD.
Bacteriologie	MOUREAU
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... M. N.

Le Secrétaire de la Faculté: ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE — A MA MERE

Vous vous êtes imposés pour moi les sacrifices les plus lourds. Que ce modeste travail soit pour vous le faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance infinie.

A MA TANTE

A MON FRERE

A Mademoiselle Germaine DAURY

Affectueux hommage.

A TOUS LES MIENS — A MES AMIS

A Messieurs les Professeurs agrégés

CHARRIER et WANGERMEZ

Ils nous ont guidé dans notre tâche par leurs conseils éclairés. Nous ne saurions leur prouver assez notre sincère gratitude.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE DE TOULON ET DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A Monsieur le Professeur CHAVANNAZ

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ET DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE INTERALLIÉE
ET DE LA MÉDAILLE DE LA VICTOIRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Hommage de notre respectueuse reconnaissance pour son accueil bienveillant et l'intérêt qu'il daigna porter à notre travail.

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DU MÉRITE MARITIME
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Médecin en chef BRUN

ANCIEN SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A Monsieur le Médecin en chef FERRET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qu'il nous soit permis de le remercier de l'honneur insigne qu'il nous fait d'accepter la présidence de cette thèse. Nous sommes heureux de lui offrir l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

L'étude des tumeurs malignes de la parotide a donné lieu déjà à des travaux fort intéressants formant la base solide sur laquelle doivent obligatoirement s'appuyer toutes les publications ultérieures. Depuis longtemps, les auteurs ont décrit avec précision les formes cliniques de ces tumeurs et cherché une thérapeutique qui puisse leur être efficacement appliquée.

Le but de notre travail n'a pas été d'apporter une technique nouvelle à la chirurgie ou à la radiothérapie de ces tumeurs, mais d'assembler les différents procédés opératoires les plus employés de nos jours, de les comparer et d'essayer de mettre en lumière les avantages et les inconvénients de chacun d'eux.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire du traitement des tumeurs malignes parotidiennes a pendant longtemps été très confuse.

Les documents sont en petit nombre et se montrent imprécis.

Avec Ch. Dunet et J. Creyssel, de Lyon, nous distinguerons trois périodes :

I. PÉRIODE DE CONFUSION, DE L'ORIGINE A 1840 ENVIRON. — Galien, Celse, Lodes, dans l'antiquité, parlent vaguement de l'extirpation des glandes salivaires, déclarée impossible par Hippocrate.

Puis, jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle, on ne retrouve dans la littérature aucune publication concernant les tumeurs de la parotide.

La première étude en est due à Ch. G. Siebold (1793) ; mais, pas plus dans cet ouvrage que dans celui de Cullerier, on ne trouve de distinctions entre les diverses tumeurs parotidiennes rangées toutes sous le nom de cancers.

En 1828, Gensoul, dans la thèse de Pillet, insiste sur la possibilité d'extirpation de la parotide.

II. PÉRIODE DE DIFFÉRENCIATION (1840-1890). En 1841, la thèse de concours d'Auguste Bérard nous apporte une première classification, relativement précise, des tumeurs parotidiennes. On y voit une longue étude des possibilités d'extirpation de la parotide squirrheuse.

Puis, de nombreuses publications (Monod, Gensoul, Malgaigne, etc.) ont lieu sur des cas isolés d'extirpation de « tumeurs parotidiennes », mais aucune notion nouvelle n'est donnée sur les tumeurs malignes proprement dites.

En 1874, Branlat, dans une thèse inspirée par Verneuil, recommande l'intervention dans le sarcome, insistant sur les avantages de la ligature préalable de la carotide externe et de l'emploi de l'écraseur linéaire.

Mais pour le carcinome, « on ne doit pamais ponctionner, dit-il, et, à plus forte raison, attaquer par l'instrument tranchant la parotide carcinomateuse, ... parce que toute opération chirurgicale ne fait qu'activer les progrès du mal ».

Cette abstention opératoire paraît être la ligne de conduite admise par la plupart des auteurs à cette époque ; elle est la conclusion de la thèse de Michaud en 1884.

III. Période des recherches thérapeutiques (de 1890 à nos jours).

1° *Phase chirurgicale.* — C'est la période de mise au point définitive des techniques d'exérèse de la parotide.

J.-L. Faure définit exactement, en 1895, les conditions de la parotidectomie totale.

Morestin, en 1898, puis Bérard et Leriche, en 1906, décrivent une technique devenue classique d'exérèse large de la parotide cancéreuse et de ses ganglions.

Des opérations de plus en plus étendues sont pratiquées avec succès (Picot, 1925 ; Tansini, 1928).

Forgue, en 1927, montre l'intérêt de l'exérèse systématique du sterno-cléido-mastoïdien.

Certains auteurs cherchent la réparation immédiate du nerf facial sectionné (Vincent, 1910 ; Picquet, 1911) ; d'autres, la correction de la paralysie, soit par myoplastie immédiate, soit par arrachement du ganglion cervical supérieur du sympathique (Leriche, 1920 ; Nowikoff, 1924).

2° *Phase radiothérapique.* — Tour à tour la fulguration

(Bilhaut, 1909), la roentgenthérapie (Villard, 1912 ; Belot, 1921), la curiethérapie (Abbe, 1911 ; Bérard et Moutet, 1914 ; Quick et Johnson, 1924 ; Belot et Ménégaux, 1930) ont été substituées ou associées à la chirurgie avec des fortunes diverses, mais sans réussir à réduire la part fondamentale du traitement chirurgical qui reste encore aujourd'hui « le moins mauvais traitement » de ces redoutables tumeurs malignes (Lecène, 1926).

Chapitre II

CLASSIFICATION DES TUMEURS MALIGNES DE LA PAROTIDE

Bien qu'il soit difficile de préciser à quel moment commence la malignité d'une tumeur de la parotide, on a d'abord divisé l'ensemble des tumeurs, au point de vue de l'évolution et du pronostic, en tumeurs bénignes et tumeurs malignes. Occupant un stade intermédiaire, à limites très imprécises, se trouvent les tumeurs mixtes.

Les tumeurs malignes sont caractérisées par leur rapide augmentation de volume, l'adénopathie, l'adhérence à la peau, l'ulcération possible et enfin la paralysie faciale.

Sous ce nom de tumeurs malignes de la parotide, on a décrit d'ailleurs des lésions très disparates. Nous distinguerons :

1° *Des cancers secondaires,* résultant de l'envahissement de la parotide par des lésions cancéreuses voisines : épithéliomas du pharynx, du maxillaire inférieur, de la face.

2° *Des tumeurs parotidiennes proprement dites.* Celles-ci, de structure histologique complexe, peuvent se ramener à quelques types nettement différenciés et depuis longtemps classiques :

a) Les tumeurs épithéliales :

— cancers primitifs : cancer encéphaloïde, squirrhe,

— tumeurs mixtes dégénérées,

présentant toutes les formes de transition entre la tumeur mixte et la tumeur maligne.

b) Les tumeurs conjonctives : sarcomes purs, beaucoup plus rares.

c) Les tumeurs mélaniques,

tout à fait exceptionnelles, dont l'existence est niée par la plupart des auteurs, mais soutenue par Dunet et Creyssel (Acad. de Médecine, 13 mars 1934).

Enfin, en dehors de cette classification, signalons le cancer de la parotide accessoire, dont il n'existe que quatre cas dans la littérature.

Chapitre III

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Un seul fait étiologique semble vraiment précis : l'existence d'une tumeur mixte de la parotide favorise et même souvent détermine la dégénérescence néoplasique de la glande.

Au point de vue anatomo-clinique, les tumeurs mixtes de la parotide évoluent, en général, en deux périodes :

l'une, bénigne, où la tumeur bien encapsulée, régulière, ferme, s'accroît lentement;

l'autre, semi-maligne, qui ne survient pas toujours, est caractérisée par l'augmentation rapide du volume du néoplasme et par des changements dans la consistance des masses lobées qui le composent.

Ces tumeurs mixtes ont donc une tendance spontanée, après de longues années d'évolution parfois, à subir la dégénérescence maligne. Mais aussi, nombreuses sont les observations dans lesquelles nous avons vu la dégénérescence être la conséquence d'une exérèse de la tumeur mixte, exérèse suivie de récidive dans un temps plus ou moins long.

Est-ce à dire que l'on doive respecter ces tumeurs mixtes ? Nous ne le croyons pas. S. Hybinette (Oslo) dit que la transformation maligne d'une tumeur primitivement bénigne peut se produire, mais avec une grande

rareté ; 5 à 6 % des tumeurs cliniquement bénignes de la parotide peuvent être d'emblée malignes.

D'ordinaire, c'est la crainte que la tumeur ne soit maligne, ou bien une préoccupation esthétique qui conduit le malade au chirurgien.

Nous croyons, en conclusion de ce que nous avons pu lire tant dans la littérature étrangère que française, que le point de vue esthétique ne doit pas être le seul à poser l'indication opératoire, mais que l'on doit enlever ces tumeurs mixtes chaque fois qu'on les rencontre.

Traitement chirurgical.

Jusqu'à ces derniers temps, le choix de l'opération la plus favorable était imposé par la clinique.

A la première phase de tumeur bénigne, petite, superficielle, bien limitée, d'apparition récente, l'exérèse extra-capsulaire était pratiquée. « Même dans ces cas simples, disaient Le Dentu et Delbet dans leur *Traité de chirurgie clinique et opératoire* (1898), l'intervention est toujours assez délicate. Telle tumeur, qui paraissait d'une extrême mobilité, se trouve, les téguments incisés, d'une énucléation laborieuse. La dissection, un peu contrariée par l'écoulement sanguin toujours assez abondant, doit être faite avec lenteur et prudence. La région parotidienne est une mauvaise région au point de vue opératoire, une région qui ménage de désagréables surprises au chirurgien. »

Si la tumeur, ancienne, mais encore à la première période, était volumineuse, on songeait alors à une intervention plus large.

Aujourd'hui, si l'exérèse reste indiscutable, un fait est non moins certain : « il ne faut jamais pratiquer d'exérèse économique. »

Il faut enlever systématiquement, de façon large, ces tumeurs, en utilisant les techniques chirurgicales modernes.

Afin d'éviter d'essaimer des cellules néoplasiques dans

les parties saines, des chirurgiens font une ablation toujours extra-capsulaire, au thermocautère (Professeur Jeanneney, Bordeaux).

Cependant il existe une technique opératoire qui est restée la technique de choix pour l'exérèse des tumeurs mixtes ; c'est celle de Pierre Duval.

Technique opératoire de P. Duval.

Le professeur P. Duval, en 1914, a indiqué une technique opératoire qui permet l'extirpation totale de la parotide, en dehors du cancer, tout en évitant les accidents les plus pénibles de la paralysie faciale par la conservation des rameaux supérieurs (fronto-palpébraux) de ce nerf.

Le principe de l'intervention consiste, après avoir trouvé le facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, à repérer sa branche supérieure et à en conserver les filets fronto-palpébraux.

On fait une incision sur la face superficielle du muscle sterno-cléido-mastoïdien, près du bord antérieur, partant de la base de la mastoïde jusqu'à la grande corne du cartilage thyroïde ; cette incision sera complétée ultérieurement par une incision faciale antéro-postérieure qui contourne le conduit auditif externe et suit le bord inférieur de l'arcade zygomatique.

L'aponévrose du sterno-cléido-mastoïdien est incisée sur toute sa longueur, et le bord antérieur du muscle est dégagé.

Afin de repérer le nerf avant sa division, la mastoïde est sectionnée à sa base et réclinée en arrière et en dehors avec le muscle. On lie la carotide externe au-dessus de la linguale et on dégage le bord postérieur de la glande qui, refoulée en avant, est maintenue par des écarteurs.

Enfin, le ventre postérieur du digastrique est sectionné en travers, à 1 cm. au- dessous de la section mastoïdienne.

On peut maintenant rechercher le facial. Sur l'apophyse

styloïde, le tronc du nerf est dégagé jusqu'à sa bifurcation; cette dissection se fait dans le plan de clivage de la glande.

La branche cervico-faciale, les filets inférieurs de la branche temporo-faciale sont sectionnés à leur origine.

Les filets fronto-palpébraux conservés sont légèrement attirés vers le haut afin de dégager la couche profonde de la parotide à sa partie supérieure et de l'attirer vers le bas pour l'extirper avec le corps de la glande.

La tumeur est attaquée par en bas et en dessous, grâce à la section du ventre postérieur du digastrique et à la bascule de la mastoïde et du sterno-cléido-mastoïdien en arrière.

Après la section des pédicules vasculaires, on luxe en haut et en avant la masse parotidienne, qui est enlevée.

Le canal de Sténon est ligaturé, le ventre postérieur du digastrique suturé, la mastoïde reconstituée avec son périoste.

Cette technique, répétée plusieurs fois sur le cadavre par M. le Professeur Guyot, est parfaitement réglée et très anatomique.

Elle lui a permis, chez un malade atteint d'une volumineuse tumeur de la parotide, d'obtenir un excellent résultat, vérifié de nombreuses fois depuis.

Le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris* a publié, dans le compte rendu de la séance du 11 décembre 1918, des photographies attestant le succès de l'opération.

Technique de Cadenat.

F.-M. Cadenat reproche à la technique de Duval de sacrifier le facial inférieur ; « les résultats esthétiques, en ce qui concerne la chute de la commissure labiale, sont moins bons, dit-il, que nous ne pouvions l'espérer. »

Aussi s'est-il proposé de suppléer le facial inférieur, fatalement sacrifié, par une myoplastie du digastrique.

Voici d'ailleurs sa technique telle qu'il la rapporte dans le numéro de novembre 1936 du *Journal de chirurgie* :

« 1° *Incision cutanée.* — Elle suit le bord postérieur du maxillaire depuis le conduit auditif jusqu'un peu (1 cm.) au-dessous de l'angle de la mâchoire. Elle passe donc devant le lobule pour permettre en haut un petit débridement antérieur (2 cm.) au niveau de l'arcade zygomatique et faciliter le dégagement du pôle supérieur de la tumeur. A l'extrémité inférieure de l'incision, un second débridement de 3 cm. environ, oblique en bas et en avant au-dessous de la mâchoire, permettra de suivre le digastrique dans la région sous-maxillaire. La souplesse de la peau à ce niveau permet de limiter les dimensions de ce débridement.

» 2° *Découverte du sterno-cléido-mastoïdien.* — Le bord postérieur de la tumeur recouvre le muscle et lui adhère. Le bistouri, dirigé sous la lèvre cutanée postérieure, dégagera la glande et mettra rapidement à nu les fibres du muscle. Se dirigeant alors en avant, il en découvrira le bord antérieur et, ouvrant la loge parotidienne, permettra de récliner en avant la tumeur. Le décollement en est facile et le repère principal apparaît.

» 3° *Découverte du disgastrique.* — Le corps gracile du muscle se reconnaît sans peine, longé en avant par le frêle stylo-hyoïdien. Laissant pour le moment la partie supérieure du muscle, suivez-le vers le bas. Au niveau (très exactement) de l'angle de la mâchoire, la veine jugulaire externe vous bride. Sectionnez le vaisseau, ce qui permettra de soulever complètement le pôle inférieur de la parotide, et suivez le tendon, puis le ventre antérieur du digastrique le plus loin possible. Il est le plus souvent inutile de sectionner les vaisseaux faciaux, mais suffisant de les soulever avec la glande sous-maxillaire qu'ils embrassent

(veine en dehors, artère en dedans). Le ventre antérieur du digastrique sera sectionné le plus loin possible et le muscle récliné vers le haut (ainsi que le stylo-hyoïdien).

» 4° *Découverte de la carotide externe.* — L'artère, flanquée de ses petites veines satellites, apparaît aussitôt, là où se trouvait superficiellement la jugulaire externe, et sans qu'il faille chercher de repères. Ligature au-dessous de la faciale.

» 5° *Libération générale de la tumeur.* — Avant de s'attaquer au facial, nous croyons utile de libérer la face profonde de la tumeur. On amènera sans peine le prolongement pharyngien, puis on décollera la glande d'avec le masséter, et remontant sur son bord antérieur, on sectionnera les rameaux du facial inférieur et le canal de Sténon.

» Dans cette libération, il sera prudent de ne pas dépasser en haut la ligne lobule de l'oreille, bord inférieur du nez.

» 6° *Découverte du facial.* — Il est inutile de sectionner à sa base la mastoïde. Suivant le bord antérieur du digastrique, nous aurons en profondeur la situation du nerf. Un repère facile à sentir au doigt est donné par l'apophyse transverse de l'atlas qui soulève le digastrique et au-dessus duquel se trouve le facial. Mais plus simple encore est de se représenter exactement le siège exact du facial au niveau de la base de la mastoïde, et de procéder de la façon suivante en s'aidant du fait qu'au-dessus et au-dessous de ce point, la parotide se laisse facilement décoller. Au-dessus, derrière le col du condyle, liez donc les vaisseaux temporaux superficiels et, sous l'os tympanal, décollez à la sonde cannelée le pôle supérieur de la parotide; au-dessous, à la partie moyenne de la mastoïde, liez de même l'auriculaire postérieure et décollez la glande en avant. Entre ces deux parties décollées, là où la glande tient dans la profondeur,

vous découvrirez sans peine à sa face profonde le tronc blanchâtre du facial. Le plan de clivage que le nerf creuse dans la glande permet de faire passer la tête de la parotide sous la cravate du nerf facial en conservant les rameaux à respecter, lesquels sont compris dans l'angle : nerf facial, bord supérieur de l'orbite, lobule du nez.

» 7° *Autoplastie du digastrique.* — L'hémostase de la loge assurée, on décollera aux ciseaux mousses la peau de la joue jusqu'à 1 cm. environ de la commissure labiale. A ce point, une petite incision cutanée permettra d'attirer doucement (pour ne pas tirailler son nerf) le digastrique au moyen d'un fil de lin fixé à la partie antérieure du muscle. Une aiguille courbe chargera les faisceaux musculaires commissuraux (orbiculaire, risorius, etc.) et accrochera le fil pour y suturer le digastrique. La tension du digastrique doit être légère, juste ce qu'il faut pour corriger la chute de la commissure.

» 8° *Suture cutanée et drainage.* — Après suture esthétique (à l'aiguille de couturière et fil de lin) des incisions cutanées, un petit tube sera placé sous le lobule de l'oreille, pour drainer pendant quarante-huit heures la loge parotidienne. A ce moment, les fils commissuraux et la moitié des autres fils pourront déjà être enlevés et ceux qui restent le seront le cinquième jour. Le malade devra conserver le silence et ne s'alimenter que de liquides pendant cette période. »

Cadenat n'a employé cette technique qu'une seule fois chez une malade de 54 ans ; le sixième jour, ainsi qu'en fait foi une photographie publiée avec le texte ci-dessus, la commissure du côté malade pouvait être relevée avec force.

En résumé, technique purement esthétique dont les suites opératoires ne peuvent être jugées à si bref délai et sur un seul cas.

Anesthésie.

Certains chirurgiens, dont Cadenat, recommandent l'anesthésie locale, parfaite à tous points de vue, disent-ils, « très efficace, inoffensive, même si l'intervention se prolonge, et débarrassant de la présence d'un collaborateur toujours gênant ».

Nous croyons que c'est dans ce dernier fait le seul avantage de l'anesthésie locale qui présente, par contre, le gros inconvénient de paralyser le nerf facial ; elle supprime donc le moyen de contrôle que fournissent les contractions musculaires toutes les fois qu'on est au voisinage immédiat des branches nerveuses.

C'est donc à la narcose générale qu'il faudra avoir recours, narcose obtenue le plus souvent par le chloroforme.

Hybinette, dans ses nombreuses interventions pour tumeurs de la parotide, employait autrefois, pour cette anesthésie générale, un mélange d'éther et d'oxygène ; il emploie aujourd'hui l'avertine.

M. le Professeur Guyot, dans une intervention que nous rapportons, obtint d'excellents résultats avec une anesthésie au Rectanol.

Traitement radiothérapique.

Ces extirpations, pratiquées méthodiquement et avec soin, donnent en général des résultats fonctionnels qui sont bons ; mais des récidives peuvent survenir. Il est difficile à ce sujet de donner des précisions ; tout dépend du moment de l'intervention ; les tumeurs enlevées dès le début, grâce à un diagnostic précoce, sont moins susceptibles de récidiver que celles opérées tardivement ; la nature histologique du néoplasme est également un facteur des

plus importants à considérer. Fréquemment l'examen microscopique n'est pas fait, et on se base, pour établir un pourcentage, sur un diagnostic clinique souvent erroné.

Quoi qu'il en soit, il faut savoir que les récidives des tumeurs mixtes de la parotide sont assez fréquentes, précoces parfois, mais pouvant apparaître à n'importe quel moment, jusqu'à trente ans après, et qu'elles exposent le sujet à de multiples interventions.

Une opinion courante veut même que, dans ces cas, ces tumeurs aient les plus grandes tendances à dégénérer en cancer. Ce fait, joint à la crainte d'une lésion du nerf facial, est cause que certains chirurgiens, — et les chirurgiens suédois en particulier, — se sont empressés de confier le traitement de ces tumeurs aux radiologistes.

Malgré ce que nous savons sur la radio-résistance de ces tissus néoplasiques (H. C. Saltzstein écrit en avril 1936 in *Ann. of Surgery* : « Malgré les rapports contradictoires des radiologistes, il semble certain que la plupart des tumeurs mixtes ne sont pas sensibles aux radiations, mais subissent simplement sous leur effet une diminution temporaire de grosseur. Aucune autorité, autant que nous sachions, ne les considère comme radio-sensibles »), on a eu recours aux thérapeutiques radiantes employées d'emblée à titre curatif, ou associées au traitement chirurgical, certains ayant fait l'intéressante constatation que la téléradiumthérapie pré-opératoire rendait la capsule de la tumeur plus ferme et plus résistante.

Conclusions. — En conclusion de ce chapitre sur le traitement prophylactique des tumeurs malignes de la parotide, nous rapporterons d'abord ces quelques lignes dues à S. Hybinette, d'Oslo.

« On doit conseiller l'ablation de toutes les tumeurs parotidiennes qui ne disparaissent point sous l'influence d'un traitement pré-opératoire au téléradium.

» D'autre part, il convient d'opérer comme si l'on se trou-

vait en présence d'une tumeur bénigne, et ce ne sera qu'ultérieurement, si l'examen microscopique montre des indices de malignité, qu'on se demandera si une opération nouvelle doit être entreprise immédiatement, ou bien si l'on peut se risquer à temporiser tout en recourant à un traitement radiologique jusqu'au jour où une récidive viendra peut-être à se manifester. Si une opération nouvelle paraît nécessaire, l'appréciation du degré de malignité par l'anatomie pathologique aussi bien que les symptômes cliniques décideront de l'ampleur qu'il faut donner à l'intervention, autrement dit, si cette dernière peut consister simplement en une excision plus ou moins étendue de la parotide ou bien en une extirpation complète de la glande. »

Nos conclusions sont celles d'Hybinette dans leur première partie, à savoir : traitement pré-opératoire au téléradium.

Mais ensuite, nous croyons que, sans temporiser, le chirurgien doit intervenir et intervenir largement.

L'apparence bénigne de ces tumeurs est un leurre ; ce sont des néoplasmes traîtres qui ménagent de dangereuses surprises. Il faut de bonne heure en conseiller et en pratiquer l'extirpation.

La technique de P. Duval, qui a fait ses preuves, semble la plus indiquée.

A l'appui de ces conclusions, nous rapporterons l'observation succincte d'une très intéressante malade de M. le Professeur agrégé Charrier, malade que nous regrettons de n'avoir pu suivre plus longuement.

M^me^ X..., 41 ans, mariée, sans enfant.

Antécédents personnels : a présenté presque toutes les maladies de l'enfance, une angine très grave, dit-elle, et les oreillons à l'âge de 14 ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux : père mort à 63 ans d'un ulcère de l'estomac ; mère morte à 58 ans d'appendicite (?) ; deux frères et deux sœurs vivants, bien portants.

Histoire de la maladie. — En 1916, à l'âge de 20 ans, la malade s'aperçoit fortuitement de la présence, au niveau de sa région parotidienne droite, d'une petite tumeur qui grossit lentement, puis, ayant atteint le volume d'un œuf de pigeon, reste très longtemps stationnaire. Cette tumeur n'est pas douloureuse et la malade n'en éprouve aucune gêne. Elle est alors soignée médicalement (pansements divers).

En 1922, une simple préoccupation esthétique, semble-t-il, conduit la malade à M. le Professeur Charrier qui extirpe cette tumeur, cliniquement bénigne, et qu'un examen anatomo-pathologique indique être une tumeur mixte. La cicatrisation se produit normalement dans un temps relativement court.

En 1930, la malade constate, au niveau de la cicatrice, l'apparition d'un petit nodule indolore, qui va rester stationnaire durant trois ou quatre ans. A ce moment, l'évolution devient plus rapide et depuis un an surtout, ce nodule s'est accru progressivement ; un second est apparu à la partie toute antérieure de la cicatrice. Le développement se poursuit, mais sans paralysie faciale, sans aucun symptôme de compression.

La malade vient alors consulter à nouveau M. le Professeur Charrier en novembre 1936.

A l'examen, on trouve une tumeur sans adhérences à la peau et mobile sur les plans profonds ; son volume est celui d'une mandarine et sa consistance n'est pas très dure. Au-dessous du pôle inférieur, on sent une masse arrondie, de la grosseur d'une noix et qui semble être un ganglion.

Le 2 décembre 1936, M. le Professeur Charrier procède sous anesthésie générale à l'énucléation d'une tumeur parfaitement encapsulée, mais malgré tout un peu suspecte.

Un examen histologique a été pratiqué par M. le Docteur Bonnard qui nous a répondu :

« Il s'agit d'une tumeur mixte avec transformation maligne, procédant par marbrures cellulaires au sein d'une

substance mucoïde abondante. Ces cellules sont épithéliformes, de petite taille ; les noyaux sont arrondis, ovoïdes, amitotiques, chargés en chromatine, cerclés d'un fin liseré cytoplasmique.

» Cette tumeur présente une agressivité marquée vis-à-vis des tissus environnants ; elle déborde la barrière collagène et envahit largement le tissu adipeux voisin. »

En résumé, tumeur mixte de la parotide, apparue il y a vingt ans, ayant toujours évolué depuis comme une tumeur bénigne, identifiée comme telle par un premier examen anatomo-pathologique, opérée, et dont la récidive, survenue quatorze ans après, se révèle être nettement maligne.

Chapitre V

TRAITEMENT CURATIF

Son but est de supprimer la tumeur et les ganglions qui en dépendent avant la phase de généralisation.

Ce but peut être atteint actuellement soit par la chirurgie, soit par l'application des agents physiques, soit enfin par l'association de ces deux méthodes.

Comme nous l'avons déjà rappelé, longtemps ce traitement fut exclusivement opératoire; puis se fit une remarquable mise au point de la thérapeutique par les agents physiques.

Malgré tout, aujourd'hui encore, le traitement chirurgical des tumeurs malignes de la parotide conserve le premier plan, et radio et radiumthérapie restent des méthodes complémentaires destinées à parfaire et à améliorer les résultats de l'opération.

I. Traitement chirurgical.

Il fut longtemps discuté.

A côté de difficultés d'ordre anatomique (étroitesse de la voie d'accès, proximité d'organes vasculaires et nerveux importants, adhérences normales et pathologiques aux cloisons de la loge parotidienne, prolongements glandulaires difficilement accessibles), l'absence d'anesthésie et d'asepsie, l'insuffisance des moyens d'hémostase rendaient l'exérèse de la parotide très périlleuse.

Cependant les auteurs avaient de nombreuses fois réalisé

l'extirpation à peu près complète de la glande, avec section du facial et de la carotide externe.

La parotidectomie n'en avait pas moins une bien mauvaise presse, et il est intéressant de lire aujourd'hui le récit imagé des interventions rapportées par les anciens auteurs.

Dans sa thèse de concours, A. Bérard insiste sur toutes les difficultés de l'opération ; il montre la nécessité « de préparer des boulettes de charpie », des « plumasseaux » imbibés de liquides astringents, et même « des cautères chauffés à blanc » pour assurer l'hémostase au cours de l'intervention. Il cite tous les instruments indispensables pour péntrer dans cette étroite cavité, dont un scalpel à manche plat, pour séparer la tumeur des vaisseaux du cou, sans les léser .

Il décrit ensuite le protocole opératoire :

1° Incision de la peau sur une ligne longitudinale en T ou en X, suivant le volume de la tumeur, si les téguments ne sont pas adhérents. Incision circonscrivant la tumeur si les téguments sont envahis.

2° Dissection de la tumeur en sectionnant les adhérences et en opérant une faible traction sur la tumeur en raison de sa friabilité.

Au cours de cette dissection, il faudra éviter l'introduction d'air dans la veine jugulaire externe en exerçant sur cette veine une pression digitale si elle est blessée, et l'ouverture de l'artère faciale et des vaisseaux du cou.

Ls ligatures seront faites au fur et à mesure des sections vasculaires.

Le prolongement pharyngien, difficilement accessible, ne sera sectionné qu'après la ligature pour éviter les hémorragies fréquentes lors de son ablation.

3° Examen de la tumeur et de la cavité opératoire, pour s'assurer qu'aucun tissu suspect n'a été laissé en place.

A. Bérard recommande même de gratter la cavité avec les ongles pour que son nettoyage soit plus complet. Il considère comme inutile la ligature de la carotide externe qu'il

suffit de comprimer de temps en temps pour éviter l'hémorragie.

Malgaigne et Monot partagent sa manière de voir, mais ils sont en contradiction à ce sujet avec Sédillot et Verneuil qui préconisent la ligature préventive de la carotide externe et, dans certains cas même, de la carotide primitive.

La section du nerf facial était considérée par la plupart des auteurs comme la conséquence inévitable de la parotidectomie.

Les chirurgiens étaient alors beaucoup plus préoccupés des dangers à éviter que de l'exérèse totale des lésions.

Les interventions, comme celles de Bérard, étaient nettement insuffisantes, et si les récidives sont rares dans les observations rapportées, c'est, comme le relèvent Dunet et Creyssel, « que la plupart de ces cas n'étaient pas des cancers, mais des adénopathies, des tumeurs mixtes ou des tumeurs bénignes ».

Pour Tillaux, l'exérèse ne peut être complète sans intéresser presque fatalement la jugulaire interne, la carotide interne et les nerfs de l'espace rétro-parotidien. La mortalité était donc très grande.

C'est à ce moment que J.-L. Faure, par une étude anatomique précise, montre la possibilité d'extirper totalement la parotide, sans léser les gros vaisseaux profonds, dans tous les cas « où le volume de la glande n'est pas trop considérable, et où il est raisonnablement permis de tenter de l'extirper en un seul bloc ».

Technique de J.-L. Faure (1895).

Elle est caractérisée par :

— la résection du bord postérieur du maxillaire, ouvrant une large voie d'accès sur la région parotidienne ;

— la ligature méthodique de tous les pédicules parotidiens ;

— l'exérèse extra-capsulaire de la glande, empiétant sur les régions voisines au niveau des zones adhérentes.

L'opération comporte sept temps :

1er temps : *incision et dissection des lambeaux.* — Incision en T. La branche verticale, passant au ras du tragus, commence à 3 ou 4 cm. au-dessus du zygoma pour descendre jusqu'à 1 cm. au-dessous de l'angle de la mâchoire.

La branche horizontale, élevée perpendiculairement sur la première, passe à un travers de doigt au-dessous de l'arcade zygomatique et se prolonge en avant jusqu'au niveau de l'extrémité du prolongement antérieur.

Dissection des lambeaux et hémostase rapide. La face externe de la glande est alors entièrement découverte.

2e temps : *dissection de la partie antéro-inférieure.* — Section entre deux pinces du pédicule antérieur (canal de Sténon et artère transversale de la face).

Le prolongement antérieur est disséqué et basculé en arrière.

On peut alors aborder la dissection de l'extrémité inférieure qui est libérée de la bandelette maxillaire et décollée en arrière. Il est souvent nécessaire de ligaturer et de sectionner au passage un gros pédicule veineux constitué par la veine faciale antérieure ; puis, on arrive en arrière sur la veine jugulaire externe qui est à son tour liée et coupée.

Plus en arrière on tombe sur la zone d'adhérence sterno-mastoïdienne ; avec le bistouri, « on pénètre franchement dans la gaine des muscles » jusqu'à la pointe de la mastoïde.

3e temps : *décollement de la face profonde et ligature du pédicule carotidien.* — Le décollement est facile jusqu'au niveau du muscle stylo-hyoïdien où le doigt arrêté sent battre l'artère carotide externe qu'on sectionne entre deux ligatures; souvent il est nécessaire de placer deux autres ligatures sur la veine qui l'accompagne.

Puis on complète le décollement jusqu'à la pointe de l'apophyse styloïde.

4e temps : *dissection de la région supérieure.* — L'opération devient plus difficile, car plusieurs pédicules attachent cette portion supérieure de la glande à l'excavation sous-temporale.

Il faut nécessairement sectionner ces pédicules. Deux pinces glissées sur le rebord du col du condyle saisissent facilement le pédicule veineux extra-condylien qui est sectionné entre elles.

On décolle alors prudemment, avec la sonde cannelée, pour ne pas déchirer la capsule, les adhérences de la glande avec le ligament postérieur de l'articulation temporo-maxillaire.

Puis, le pédicule temporal, chargé sur une aiguille mousse glissée le long de la branche horizontale du zygoma, est sectionné entre deux ligatures.

5e temps : *résection du bord postérieur de la branche montante.* — Elle est nécessaire, car le pédicule sous-condylien est souvent accompagné d'un prolongement glandulaire.

On rugine le bord postérieur de l'os sur une largeur d'un peu plus de 1 cm., puis on l'échancre à la pince-gouge, en commençant à 2 cm. au-dessus de l'angle pour arriver à 15 mm. au-desssous du cartilage articulaire.

Profonde de plus de 1 cm. au début, l'échancrure se rétrécit de bas en haut .Elle donne un large jour sur le pédicule sous-condylien et sur la zone ptérygoïdienne.

6e temps : *section du pédicule sous-condylien et dégagement du prolongement pharyngien.* — Le pédicule, chargé sur une aiguille mousse, est sectionné entre deux ligatures. Le prolongement pharyngien, lorsqu'il existe, est alors facilement dégagé au doigt ou à la sonde cannelée.

7e temps : *dissection du bord postérieur.* — On lie le pédicule auriculaire, et on sépare au bistouri la glande du bord antérieur de l'apophyse mastoïde.

Puis on décolle la glande du conduit auditif, et la rabattant en bas et en avant, on découvre le pédicule stylo-mastoïdien qui est sectionné. La parotide entière se détache à ce moment. Hémostase, suture des téguments, drainage au point déclive.

Les reproches adressés à cette technique opératoire, parfaitement réglée au point de vue anatomique, ont déjà été formulés de nombreuses fois ; rappelons les deux principaux :

1° C'est une parotidectomie simple, qui laisse en place les ganglions généralement envahis par la tumeur.

2° La brèche osseuse créée est insuffisante, et, d'autre part, le fait de respecter l'articulation temporo-maxillaire expose à laisser des débris néoplasiques à son contact.

Enfin, l'angle du maxillaire est souvent atteint de cette « ostéite raréfiante » qui précède l'envahissement cancéreux.

Morestin pèche par excès contraire lorsque, dans la technique de J.-L. Faure, il pratique la résection totale de la branche montante, résection inutile, car les ganglions cervicaux ne sont pas toujours enlevés.

Technique de L. Bérard et R. Leriche (1906).

C'est dans ces conditions que Bérard et Leriche, en 1906, se sont efforcés d'établir une technique opératoire qui, tout en conservant les fonctions masticatrices dans des conditions satisfaisantes, permit une exérèse élargie, en un bloc, de la tumeur et des ganglions, et qui permit, en outre, avec l'ablation de toutes les parties osseuses et articulaires suspectes, le décollement facile de la face postérieure de la glande après la section primitive du pédicule facial.

La technique opératoire comporte cinq temps :

1er temps : *incision en T.* — La branche verticale commence à 3 cm. au-dessus de l'arcade zygomatique et des-

cend, en rasant le tragus, jusqu'au-dessous de l'os hyoïde.

La branche horizontale, légèrement courbe, se détache de la branche verticale au niveau de l'angle de la mâchoire et s'étend jusqu'au milieu de la région sous-maxillaire.

Cette incision donne un large accès sur la région parotidienne et permet en même temps l'évidement de la loge sous-maxillaire, de la région carotidienne et la ligature de la carotide externe.

2e temps : *ligature de la carotide externe et dissection de la chaîne ganglionnaire.* — On lie la carotide externe dans l'angle inférieur de la plaie. On dissèque les ganglions de bas en haut jusqu'à l'angle de la mâchoire ; puis on vide la loge sous-maxillaire dont le contenu est rejeté en bloc en arrière avec les ganglions cervicaux. On poursuit la dissection jusqu'au-dessus du bord inférieur du maxillaire.

3e temps : *libération de la parotide d'arrière en avant.* — Section du conduit auditif cartilagineux que l'on rejette en arrière.

Dégagement du bord postérieur de la parotide, en suivant avec le bistouri le cartilage du conduit auditif, la mastoïde et le sterno-mastoïdien.

Le tronc du facial, qui apparaît à 1 cm. 5 de profondeur, à un travers de doigt au-dessous du conduit auditif, est sectionné.

On décolle alors facilement, avec le doigt, la face interne de la parotide qui peut être basculée en avant.

4e temps : *résection condylo-marginale et libération antéro-interne de la parotide.* — On rugine la face externe de la branche montante en refoulant le masséter, et sa face interne, en détachant le ptérygoïdien interne. Puis, avec une scie de Gigli passant par l'échancrure sigmoïde, on détache tout le bord postérieur de la branche montante.

La tumeur est alors sectionnée en deux : la masse antérieure, plus volumineuse, est refoulée en avant avec le

canal de Sténon et le masséter; le fragment osseux est rabattu en arrière ; la capsule articulaire sectionnée au ras de l'occipital, permet de basculer davantage ce fragment osseux et de découvrir le ptérygoïdien interne, le pédicule sous-condylien et le prolongement pharyngien de la glande.

La libération se fait facilement à ciel ouvert. On revient alors à la masse principale de la tumeur ; on détache d'elle le masséter, et on poursuit la dissection du prolongement antérieur jusqu'au buccinateur.

Le canal de Sténon est sectionné ; le lambeau cutané est sacrifié s'il a été envahi.

5e temps : *hémostase et suture.* — Drain au point déclive. Mèche dans la cavité.

Cette technique présente le gros défaut, reconnu par les auteurs eux-mêmes, d'exposer, par la section en deux parties de la masse néoplasique, à l'inoculation du champ opératoire.

Technique de Forgue (1927).

Pour cet auteur, « dans l'ablation méthodique d'une tumeur maligne de la parotide, infiltrant en masse la glande et son prolongement pharyngien, ayant infecté les ganglions, la condition indispensable est de se mettre à l'aise par de très larges incisions : si l'on veut travailler en sécurité au fond du creux parotidien, il faut y voir nettement; et l'on ne doit point être bridé par les insuffisantes dimensions de la plaie ».

La méthode logique, d'après lui, n'est pas l'élargissement en avant du champ opératoire, comme le veulent J.-L. Faure et Bérard et Leriche, mais un élargissement en arrière; de ce côté, en effet, nous avons un bord musculaire mobile, alors qu'en avant c'est un bord osseux, rigide.

Ce bord musculaire est constitué en majeure partie par le sterno-cléido-mastoïdien et c'est lui que Forgue se propose de supprimer complètement en le désinsérant totalement de la mastoïde, et le sectionnant à travers la partie la plus basse de l'incision.

Cette technique de parotidectomie comprend les temps suivants :

1° *Incision :* elle s'étend depuis la base de la mastoïde jusqu'au-dessous de la partie moyenne du cou, en longeant le bord antérieur du sterno-mastoïdien; par conséquent, contrairement aux incisions de J.-L. Faure, de Bérard et Leriche, le tracé dans la partie haute, au lieu d'être préauriculaire, est rétro-auriculaire. Le pavillon de l'oreille est saisi par une pince à abaissement, repoussé en avant, et l'incision entame à fond les tissus jusque sur le plan osseux de la mastoïde. Elle se continue au-dessous de l'angle de la mâchoire jusqu'au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde.

La dissection de la peau est rapidement conduite, sans hémorragie notable, jusqu'à ce que toute la région parotidienne, prolongement massétérin y compris, et toute la surface du sterno-mastoïdien en arrière, soient largement mises à découvert. A ce moment, on saisit par 2 ou 3 pinces à abaissement chacun de ces lambeaux cutanés, antérieur et postérieur, et on les confie à un aide : c'est la meilleure manière d'écarter nettement les lèvres de l'incision.

2° Rapidement, la glande est libérée à sa partie antérieure après section entre deux pinces de l'artère et des veines transverses de la face. On isole prestement du masséter le prolongement antérieur de la parotide que l'on renverse, face profonde en l'air, l'angle de la mâchoire étant ainsi à découvert et la zone rétro-maxillaire de l'organe ayant été rapidement décollée.

On se porte alors sur la partie la plus basse de l'incision : là, on sectionne entre deux pinces la jugulaire externe au

point où elle croise le sterno-mastoïdien ; ceci fait, on coupe totalement en travers ce muscle, généralement plus bas que l'os hyoïde, de façon à pouvoir s'il y a lieu, comprendre dans la masse excisée les ganglions cervicaux et sous-angulaires ; car le cancer parotidien vrai, en raison des relations intimes spéciales à la parotide qui s'établissent entre les éléments glandulaires et le système lymphatique de l'organe, a une tendance à infecter largement les ganglions voisins, et surtout les ganglions sous-sterno-mastoïdiens.

Il est donc indiqué de vérifier l'état de la chaîne cervicale profonde, et si ces ganglions sont suspects, de les enlever en bloc avec la glande. A la faveur de la section du sterno-mastoïdien, l'opérateur dispose d'une prise solide et peut, relevant le muscle sectionné de bas en haut, poursuivre, avec netteté la dissection du paquet ganglionnaire profond, jusque sur l'angle de la mâchoire, en s'aidant de petits coups de ciseaux tangents à la surface profonde de la masse. Comme la veine jugulaire interne, ainsi que son affluent thyro-linguo-facial, a été bien repérée, grâce à la section du sterno-mastoïdien, il devient très facile à mesure que la dissection remonte de bas en haut de se rendre compte des connexions de la masse avec cette veine; et, si ces adhérences sont indécollables, il est facile de sectionner la veine jugulaire entre deux ligatures, et de continuer par une dissection ascendante, la libération de la tumeur jusqu'au niveau ou au-dessus de l'angle du maxillaire.

3° Le prolongement inférieur de la tumeur étant ainsi libéré, on s'attaque au pôle supérieur. A coups de rugine, on désinsère le sterno-mastoïdien de toute la surface mastoïdienne, et on abaisse fortement cette tranche musculaire saisie avec une forte pince à abaissement. Puis, on poursuit l'excision du sterno-mastoïdien par des coups de bistouri longeant son bord postérieur, et, à mesure que progresse cette incision, on saisit le bord postérieur du muscle avec deux ou trois pinces à abaissement qui tirent la

masse en avant. Ainsi se poursuit cette sorte de dissection rétrograde de la tumeur parotidienne; au-dessous apparaît, par cette dissection large, progressivement approfondie sur toute son étendue, la région profonde; on reconnaît le ventre postérieur du digastrique ; et s'il est gênant, on le sacrifie; on sectionne au-dessous du conduit auditif, dont on a rasé de près le cartilage, le tronc du facial en arrière de la base de la styloïde. A cette hauteur, les rapports avec la jugulaire interne, dans la zone stylo-digastrique, sont très proches; et c'est alors qu'on apprécie l'avantage qu'il y a eu à repérer et à reconnaître la jugulaire interne dans la partie basse de l'incision.

4° A ce moment, la libération de la masse est très avancée : en haut, on achève de la libérer par la section du pédicule temporal. Entre la pointe de la mastoïde et la base de la styloïde, on a sectionné le pédicule stylo-mastoïdien, en rabattant la tumeur de bas en haut; en arrière on est libre et, peu à peu, en renversant de plus en plus la masse en avant, on mobilise la portion profonde de la tumeur; en bas, on a achevé de se rendre libre par la section de la carotide externe entre deux ligatures, en général au-dessus de l'origine de l'artère faciale.

Dès lors, il devient facile de poursuivre la dissection dans la région profonde. Dans la plupart des cas, on peut achever cette libération de la tumeur d'arrière en avant : la masse, entraînée fortement en avant par les pinces qui tiennent le muscle sterno-mastoïdien, et en arrière par celles qui ont saisi les pôles supérieur et inférieur de la tumeur, pivote vers la région massétérine; suivant la forme et la solidité des adhérences, cette libération se conduit soit avec le doigt et la sonde cannelée, si le prolongement profond reste sain et libre, soit à coups de ciseaux méthodiquement dirigés si les infiltrations néoplasiques fixent la tumeur aux gros vaisseaux profonds ; car la section des pédicules extra et sous-condyliens, quoique comportant une attentive hémostase en raison de leur richesse en veinules,

n'est point un détail opératoire qui nécessite l'échancrure ou l'ablation du bord postérieur de la branche montante du maxillaire.

Il semble que la suppression uni-latérale d'une des plus grandes actions musculaires cervicales doive entraîner un déséquilibre grave dans la statique de la tête. Les faits démontrent au contraire, — et Sédillot l'avait établi depuis longtemps, — que le cou supporte bien la privation totale d'un de ses plus puissants muscles, et que l'accommodation des autres forces musculaires en compense efficacement la perte.

Küttner en 1899, et Quervain en 1900, avaient déjà pensé à cette conception opératoire.

La désinsertion du muscle au ras de la mastoïde facilite singulièrement l'hémostase s'il advient que la jugulaire soit blessée dans sa partie haute, au-dessous du golfe, comme il peut arriver au cours de l'ablation de cancers parotidiens profondément bloqués.

Enfin, il n'est pas contestable qu'en chirurgie des tumeurs malignes cette technique seule répondait jusqu'alors aux conditions fondamentales de l'exérèse des lésions cancéreuses, à savoir : se tenir au large de la tumeur, en zone saine; enlever en bloc, et pour réaliser cette exérèse intégrale, ne point hésiter à faire les sacrifices anatomiques nécessaires (muscles, nerfs et vaisseaux).

Technique de Bérard et Creyssel (1928).

C'est la technique moderne de la parotidectomie avec curage ganglionnaire cervical, combinaison de l'opération de Forgue et celle de Bérard et Leriche, avec quelques modifications.

Nous la rapportons ici telle qu'elle fut décrite en 1928 par leurs auteurs.

I. Opération typique. — Son but est d'enlever en bloc, en un temps, la totalité de la glande parotide et la chaîne ganglionnaire cervicale du côté opéré. Elle peut être pratiquée sous anesthésie loco-régionale.

Les temps opératoires sont au nombre de 5 :

1er temps : incision. — Elle comprend deux branches :

a) L'une, cervicale, préauriculaire, part de 3 cm. environ au-dessus de l'arcade zygomatique, rase le tragus, passe en arrière de l'angle de la mâchoire et se prolonge en bas jusqu'à la clavicule, suivant le tracé de l'incision pour le curage des ganglions carotidiens.

b) L'autre, horizontale, légèrement courbe, part de la premier ou la rejoint à la hauteur de l'angle du maxillaire inférieur, passe à 1 cm. environ au-dessus du rebord de cet os, et s'arrête, ou commence, au delà du milieu de la région sous-maxillaire.

Dans les cas exceptionnels où l'on voudrait dissimuler la partie supérieure de l'incision, on pourrait la faire passer, non en avant du tragus, mais derrière le pavillon de l'oreille. De même, dans les cas très fréquents où la peau est envahie sur une certaine étendue, l'incision est dédoublée au niveau de la zone envahie pour la circonscrire et l'enlever en masse avec les parties profondes.

2e temps : ligature de la carotide externe et dissection de la chaîne ganglionnaire cervicale. — Ce temps ne présente rien de spécial ; la chaîne est disséquée de bas en haut dans la région carotidienne, et d'avant en arrière, au niveau de la loge sous-maxillaire, après section du sterno-cléido-mastoïdien et, s'il y a lieu, de la jugulaire externe à sa partie inférieure, entre 2 ligatures ; la carotide externe est liée et sectionnée au-dessus de la naissance de l'artère thyroïdienne supérieure. La masse ganglionnaire est rejetée en bloc en arrière et en haut ; la libération est poursuivie sur le pôle inférieur de la parotide jusqu'à deux travers de doigt du bord inférieur du maxillaire, en

ménageant le ventre postérieur du digastrique et le grand hypoglosse. La partie inférieure de la plaie cervicale peut être, dès ce moment, suturée.

3e temps : libération de la parotide d'arrière en avant; section du facial.

Il faut alors se porter sur l'oreille; au bistouri on coupe franchement, d'avant en arrière (inversement, si l'on fait l'incision esthétique), le conduit auditif cartilagineux qui est rejeté en arrière avec le lambeau cutané postérieur. On peut alors dégager la partie toute postérieure de la parotide, sans oublier le prolongement, généralement assez marqué, qui vient se loger sous le conduit auditif, jusqu'au-dessous du sterno-mastoïdien et vers la mastoïde ; ce temps est très facultatif; lorsqu'on résèque le sterno-mastoïdien, on le désinsère au ras de la mastoïde et on le rejette en avant avec la masse glandulaire; si on veut le conserver, il faut l'entamer en haut, pénétrant dans sa gaine, en raison de l'adhérence constante de la glande à celle-ci.

De même, au niveau du conduit auditif, on devra raser de très près le cartilage qui, parfois, doit être partiellement réséqué.

A 1 cm. 5 de profondeur, à 1 travers de doigt du conduit auditif, on aperçoit alors le tronc du facial; ce tronc est coupé franchement et dès lors, la parotide toute entière se laisse facilement décoller au doigt et rejeter en avant.

4e temps : libération antéro-interne de la glande; résection condylo-marginale.

A ce moment, la parotide ne tient plus qu'en avant, au niveau de son prolongement pharyngien et du pédicule sous-condylien, enfin, en haut, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

Il est alors facile, par décollement du lambeau cutané antérieur, d'aller lier et sectionner aussi loin qu'on veut,

le pédicule du canal de Sténon et de l'artère transverse de la face.

Le prolongement antérieur de la glande est ainsi aisément libéré d'avant en arrière, sur le masséter que l'on peut, au besoin, entamer jusqu'au bord postérieur de la branche montante.

On pourrait alors, et cette technique est réalisable de façon satisfaisante en un certain nombre de cas, contourner simplement ce bord postérieur, séparer en haut la glande de la capsule, en rasant celle-ci au bistouri, et aller libérer péniblement en dedans du maxillaire, la face antéro-interne de la glande et le prolongement pharyngien.

Mais cette technique, outre les difficultés d'accès sur le pédicule sous-condylien et les parties profondes, expose à blesser l'articulation temporo-maxillaire, ou à laisser à son niveau des lésions néoplasiques.

C'est pourquoi, en général, il est plus simple, plus pratique et plus rapide de pratiquer à ce moment la résection condylo-marginale.

Rapidement, on rugine la face externe et interne de la branche montante au niveau de la moitié postérieure, en rejetant en avant masséter et ptérygoïdien interne. On passe une scie de Gigli ou une scie à chaîne par l'échancrure sigmoïde, et rapidement on abat toute la marge postérieure de la branche montante qui ne tient plus à la parotide et à la base du crâne que par la capsule articulaire et l'insertion du ptérygoïdien externe.

Renversant alors, de dedans en dehors et d'avant en arrière, ce fragment osseux, on sectionne l'insertion du ptérygoïdien externe; puis, on coupe au ras de l'os temporal la capsule articulaire dont la plus grande partie vient avec le condyle, emportant avec elle le ménisque. On peut alors aisément, à ciel ouvert, refoulant en arrière l'os réséqué et la masse néoplasique dont il est solidaire, lier et sectionner le pédicule sous-condylien, libérer le prolongement pharyngien, ruginer en haut les quelques adhérences qui unis-

sent encore la glande à la paroi supérieure de la loge.

La glande parotide bascule alors en dehors, ne tenant plus que par la carotide externe qui émerge du bord supérieur du digastrique; il reste, si la jugulaire a été sacrifiée, à sectionner, au-dessous d'une ligature, son bout supérieur pour emporter en bloc la parotide, les ganglions cervicaux, le sterno-mastoïdien et le tronc jugulaire réséqué.

5e temps : hémostase, suture. — L'hémostase est alors complétée par la ligature des vaisseaux pincés en cours d'opération (maxillaire interne, temporales superficielle et profonde, stylo-mastoïdienne, auriculaire postérieure, veinules péricondyliennes, etc.).

La plaie est suturée très exactement au niveau du conduit auditif et au niveau du cou.

La partie moyenne, lorsqu'il n'y a plus assez de peau à son niveau, peut être recouverte d'un volet cutané pris par glissement de voisinage. Il est prudent de laisser, outre un drain au point déclive, une mèche de tamponnement dans la cavité.

II. Modifications de la technique suivant les lésions anatomiques. — « La technique ci-dessus décrite, réalisable dans un grand nombre de cas, évite le seul reproche dont était passible l'opération de Bérard et Leriche : la section en deux parties de la masse néoplasique après le temps de résection osseuse, pour faciliter, en rejetant la masse principale en avant, la libération et l'exérèse du prolongement pharyngien.

Il est bien évident, pourtant, que, dans certains cas particulièrement difficiles, cette section, malgré ses inconvénients d'inoculation possible (il suffit pour les éviter, de changer de bistouri après ce temps) restera légitime et pourra rendre plus aisée la dissection des parties profondes.

A l'opposé, au contraire, il est des cas où les conditions

anatomiques de la loge parotidienne, plus largement ouverte qu'à l'état normal, la limitation des lésions encore encapsulées, permettront de mener à bien l'opération en évitant toute résection osseuse.

Il est enfin, des cas où, en raison de l'état général, le curetage ganglionnaire sera fait dans un temps opératoire spécial, l'opération se limitant à l'exérèse de la parotide, après ligature de la carotide externe sous le digastrique. »

Inconvénients de ces techniques.
Comment y pallier.

Ces opérations radicales exposent à des conséquences fâcheuses par suite de la section du nerf facial qui entraîne des paralysies dans les territoires innervés par les diverses branches de ce nerf.

Les paralysies faciales inférieures qui intéressent les muscles buccaux, labiaux, faciaux, sont gênantes et provoquent une asymétrie disgracieuse de la face.

Les paralysies faciales supérieures ont des conséquences plus importantes ; en particulier la paralysie de l'orbiculaire des paupières entraîne une ouverture permanente de celles-ci et expose à des complications oculaires telles que l'épiphora, la kératite, la conjonctivite, l'ectropion.

Nous avons vu comment Cadenat remédiait à la paralysie du facial inférieur par une myoplastie du digastrique.

Contre les complications oculaires dues à la section du facial supérieur, le traitement consiste en une asepsie aussi complète que possible de l'œil, au port d'un bandage approprié, ou mieux, en une suture temporaire des paupières réalisant pour l'œil sa couverture naturelle.

Pour lutter contre la lagophtalmie paralytique, Leriche enlève le ganglion cervical supérieur du sympathique, inter-

vention qui permet l'occlusion volontaire, au moins partielle, des paupières et supprime l'épiphora. Dans 3 cas, Nowikoff a obtenu ainsi des succès complets ou presque complets.

Ce chirurgien pratiquant l'ablation d'une parotide avec le facial, pour tumeur maligne, a enlevé préventivement le ganglion sympathique en même temps; son opéré n'a eu à aucun moment ni lagophtalmie, ni épiphora.

Si on désire atténuer la paralysie faciale périphérique, on peut encore faire une anastomose hypoglosso-faciale. Avec ce procédé, Lecène a obtenu un résultat définitif « très bon ».

Pour mémoire, nous rappellerons que Vincent et Picquet réussirent en 1911 à réaliser la suture immédiate du nerf facial.

Enfin, nous rapportons, plus loin, une observation, de Worms et Weiss, de tumeur maligne de la parotide avec résultat favorable obtenu par le seul traitement chirurgical, sans mutilation du squelette adjacent, — observation dans laquelle la paralysie faciale totale, immédiatement consécutive à l'opération, a rétrocédé de façon complète 2 ans à peine après son apparition.

A cette occasion les auteurs se demandaient si, après les anastomoses spino ou glosso-faciales, la récupération partielle ou totale, mais toujours tardive de la fonction, devait être attribuée à l'intervention même ou au contraire à des phénomènes de régénération spontanée.

En réalité, il est impossible d'affirmer qu'on a sectionné le tronc du facial en totalité, si on n'a pas procédé tout d'abord à la découverte du tronc, en arrière de la parotide, d'après la technique de Duval (Gernez).

Or, peut-être dans le cas précédent, cette section du facial n'était-elle pas complète, — peut-être qu'un ensemble de filets avaient été refoulés dans la profondeur.

Et Berger n'a-t-il pas parlé du facial « boudant » après l'intervention dans ces tumeurs parotidiennes; il semble

qu'il soit en totalité sectionné, car, physiologiquement, on a tous les symptômes d'une paralysie faciale périphérique, puis tout s'arrange au bout de quelques jours.

Il serait sage, lorsqu'on se trouve en présence d'une paralysie faciale, d'attendre six ou huit mois, peut-être un an, avant d'intervenir. On serait ainsi mieux fixé sur la possibilité d'amélioration spontanée, et, dans le cas où, par la suite, on serait obligé d'intervenir, sur la valeur réelle de l'opération pratiquée (Paoli).

Enfin, en dehors des remèdes à apporter à cette section du facial, il sera parfois utile de faire des autoplasties diverses pour réparation des pertes de substance cutanée considérables, consécutives à certaines exérèses.

En conclusion de ce long exposé des différentes techniques opératoires, nous croyons que l'idéal, pour le chirurgien, est d'avoir à sa disposition un anatomo-pathologiste pour faire une biopsie et porter le diagnostic histologique de la tumeur.

Alors, si le compte rendu indique une tumeur maligne, le nerf facial doit être sacrifié, si c'est nécessaire, sans un moment d'hésitation et on doit faire une très large extirpation de la glande parotide tout entière, en même temps qu'une complète dissection du cou. Trop souvent le chirurgien a tendance à faire une opération incomplète, sauvant le facial, mais ne guérissant pas la maladie.

Benedict et Meigs (Boston), indiquent que, quelquefois, il peut être utile de faire simplement une biopsie à la première intervention, attendant quelques jours d'être fixés pour continuer l'opération. Ce procédé, bien qu'il soumette le malade à deux interventions, permet une étude soigneuse par l'anatomo-pathologiste d'un « spécimen coloré », et sera plus satisfaisant qu'un diagnostic douteux sur une « coupe congelée ».

L'ablation de la parotide n'est pas une intervention dangereuse, et « la question de l'hémostase est très simple à

résoudre, dit Hartmann, si on se rappelle bien son anatomie ». Il suffit en effet d'aborder la parotide par le bas, ce qui permet immédiatement de lier les branches de la carotide externe et même la carotide externe; si on l'aborde par le haut on a des hémorragies interminables et l'on est obligé de multiplier les pinces.

La ligature de la carotide externe est un procédé très employé ; quand le vaisseau est lié précocement dans l'opération, il y a beaucoup moins d'hémorragies.

La ligature de la jugulaire interne est aussi utilisée, sans aucun dommage dans l'un et l'autre cas.

La ligature de la carotide primitive est un procédé très dangereux qui n'est plus employé aujourd'hui, procédé d'ailleurs inutile dans les opérations de tumeur de la parotide.

II. TRAITEMENT PAR LES AGENTS PHYSIQUES

La destruction des tumeurs parotidiennes par les agents physiques a été tentée il y a fort longtemps par les anciens auteurs.

Desault et Chopard préconisaient l'action des caustiques appliqués soit directement sur la tumeur, soit dans la cavité d'exérèse pour achever la destruction des tissus suspects. Cette méthode fut reconnue dangereuse et abandonnée.

Puis, on eut recours à la destruction par le thermocautère qui fut bientôt abandonné à son tour.

Le traitement restait donc exclusivement chirurgical.

La fulguration, bien qu'elle permit la destruction plus précise des points suspects, fut beaucoup moins employée pour les tumeurs de la parotide que pour les autres tumeurs malignes de la face.

Desplats et Duret, en 1908, puis Bilhaut, en 1909, utilisèrent la fulguration après exérèse chirurgicale partielle.

Actuellement, les courants de haute fréquence appliqués, non plus selon la méthode de Keating-Heart, mais en électro-coagulation, peuvent encore être utiles pour « retoucher » la cavité opératoire.

Cependant ces méthodes sont peu employées, notoirement insuffisantes, et présentent de plus l'inconvénient d'attaquer aussi bien les tissus sains que les tissus envahis par la tumeur.

On leur a donc rapidement préféré l'action élective des rayons X et du radium sur les cellules néoplasiques.

La radiothérapie est peu employée dans le traitement des tumeurs malignes de la parotide pour une raison primordiale, devenue notion classique : « le cancer parotidien serait radio-résistant. » L'épithélioma parotidien, épithélioma glandulaire ne serait pas sensible à la radiothérapie comme les épithéliomas épidermiques.

Cependant, Belot et Ménégaux indiquaient, le 10 juillet 1929, à la Société de Chirurgie de Paris, en conclusion d'une observation que nous rapportons plus loin, qu'il pourrait y avoir, parmi les cancers de la parotide, des épithéliomas qui seraient radio-sensibles. Lecène relate deux observations personnelles (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie,* Paris, 10-7-29), d'épithéliomas primitifs de la parotide, dont les malades tous deux ont récidivé et sont morts rapidement malgré un évidement large du creux parotidien et un traitement radiothérapique post-opératoire dans le 1er cas, pré-opératoire dans le second.

Dans les 2 cas, la structure histologique était celle d'un épithélioma atypique, *d'origine glandulaire, très riche en caryocinèses et en monstruosités cellulaires.*

Au contraire, dans l'observation de Ménégaux, où il y eut guérison par la radiothérapie, il s'agissait d'une tumeur bien moins maligne, « d'un épithéliome mucipare souvent appelé cylindrome, mais sans monstruosités cellulaires, ni caryocinèses nombreuses ».

Cette notion, importante en pratique, devrait amener

une révision de l'étude histologique de ces tumeurs malignes, révision d'où découlerait peut-être d'utiles enseignements pour leur pronostic et leur traitement.

Roussy et Wickham ont proposé la classification provisoire suivante :

1° épithéliomas glandulaires purs, plus ou moins typiques;

2° épithéliomas de morphologie imprécise, intermédiaire entre le malpinghien et le glandulaire atypique, se rapprochant plus ou moins de l'une ou de l'autre de ces formes;

3° tumeurs dites mixtes.

Cette classification correspondrait à un degré de malignité décroissant, sans que l'on puisse préjuger encore du degré de radio-sensibilité.

Aujourd'hui encore, le traitement par le radium et les rayons X est employé seulement comme procédé palliatif. La tumeur diminue, devient dure et fibreuse mais rarement elle disparaît entièrement.

Le radium a apparemment plus de valeur que les rayons X.

Les bas et hauts voltages de rayons X ont été chacun employés. Le dosage habituel semble être de 800 r unités, de chaque côté de la face et du cou, répétés environ tous les 2 mois.

Voici les techniques employées actuellement à la Fondation Bergonié, centre anti-cancéreux de Bordeaux.

1° *Roentgenthérapie*

On utilise une porte d'entrée parotidienne et en cas de tumeur volumineuse, une porte d'entrée rétro-maxillaire.

Il faut employer un rayonnement très pénétrant.

Filtration : 20/10 mm. de cuivre à 10/10 d'aluminium.

Distance à la peau : 40 cm.

La dose sera de 3.000 à 3.500 R mesurés à la peau et par champ.

2° *Curiethérapie.*

a) *Radiumpuncture.* — Des aiguilles de 2 à 3 mmgr. de radium-élément sont enfoncées profondément autour de la tumeur, de préférence dans le tissu sain avoisinant, et à des distances à peu près égales.

La dose totale, qui dépend du volume du néoplasme (dose théorique : 1 millicurie par centimètre cube) ne dépassera jamais 20 à 30 millicuries, réparties sur plusieurs jours, à cause des modifications apportées dans la radio-sensibilité cellulaire au cours de la succession des mitoses.

b) *Curiethérapie externe.* — Elle est réalisée grâce à l'emploi d'appareils-moules englobant la tumeur et les régions avoisinantes. Des tubes de 10 mmgr. de radium-élément sont placés sur des socles en cire à 3 cm. 5 de la peau. La répartition des tubes se fera de façon à créer un rayonnement homogène ; pour cela, la disposition quinconciale paraît être la plus favorable ; d'ailleurs la vérification de l'homogénéité du rayonnement est facile avec l'ionomicromètre de Mallet.

Dose totale : 150 à 200 millicuries en 10 à 15 jours.

Les résultats obtenus sont extrêmement variables.

D'ailleurs, rares, malgré tout, sont les cas où la radiothérapie fut appliquée seule, sauf lorsqu'il s'agissait de tumeurs inopérables.

Balestia (*La radiologica medica*) a traité trois tumeurs, dont deux étaient des récidives ; les radiations ont été employées sous forme de rayons X ou radium-rayons X. Dans les trois cas, le résultat paraît avoir été excellent.

Les deux seuls observations de tumeur maligne de la parotide que nous ayons trouvées au centre anticancéreux de Bordeaux et que nous rapportons plus loin sont peu probantes.

En effet, l'une concerne un épithélioma déjà ulcéré au

moment du traitement radiothérapique et se terminant par la mort du malade peu de temps après.

Dans l'autre, une récidive semble être apparue sept mois après la fin du traitement radiothérapique.

Par contre, J. L. Wickham donne les résultats obtenus au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne et publiés en raison de la notion généralement répandue de la radio-résistance de ces tumeurs.

« Sur 12 malades traités, 7 ne présentent plus actuellement de symptômes morbides de leur ancienne lésion depuis des périodes variant de huit ans à six mois, et bien que certains d'entre eux aient présenté des récidives à une ou deux reprises après intervention chirurgicale. »

De ces nombreuses observations de Wickham, dont nous rapportons les plus typiques, il ressort que :

1° Au point de vue clinique, la plupart des tumeurs dont l'évolution n'a pas été favorable étaient soit ulcérées, soit fistulisées, c'est-à-dire ouvertes. Toutes les tumeurs qui ont cédé complètement au traitement étaient fermées.

2° Au point de vue thérapeutique, une seule des tumeurs traitées uniquement par la curiethérapie a cédé en totalité. Toutes les autres tumeurs qui ont évolué de la même manière favorable avaient été extirpées chirurgicalement peu de jours avant l'application de la curiethérapie.

III. ASSOCIATION DES AGENTS PHYSIQUES A L'EXERESE CHIRURGICALE

L'emploi des agents physiques ne semble pas, comme nous venons de le voir, pour la majorité des auteurs, avoir donné dans le traitement des tumeurs malignes de la parotide des résultats justifiant l'abandon des méthodes chirurgicales.

Bérard et Creyssel pensent que si l'emploi isolé de la radiumthérapie, ou surtout de la radiothérapie, ne paraît pas donner des résultats équivalents à ceux de la parotidectomie élargie, leur association à l'exérèse chirurgicale large, sous forme de traitement complémentaire consécutif, est susceptible d'améliorer sensiblement les résultats thérapeutiques.

Ils citent vingt-six observations parues en 1928, à la Société de chirurgie de Lyon, et comprenant seulement des cancers épithéliaux. Parmi ceux-ci, un certain nombre sont apparus comme des tumeurs primitivement malignes ; d'autres se sont développées sur une tumeur mixte préexistante, récidivée après une intervention d'exérèse insuffisamment large.

Ils ont classé ces observations en plusieurs séries :

1° Un premier groupe constitué par les cas où d'emblée les lésions sont apparues comme dépassant toute possibilité de thérapeutique radicale. Ces cas, au nombre de six, ont dû être abandonnés au traitement purement symptomatique, l'extension des lésions en profondeur, au niveau de la région pharyngo-laryngée, ayant pu dans certains cas nécessiter une gastrostomie ou même une trachéotomie.

Ces malades faisant partie de ceux envoyés trop tardivement ne sont pas comptés dans leur statistique.

2° Le deuxième groupe est constitué par vingt observations de malades chez qui une thérapeutique radicale a pu être tentée.

a) Dans cinq cas, traitement uniquement curiethérapique (application d'un appareil radifère moulé externe sur la région parotidienne et le territoire ganglionnaire correspondant, avec destruction de 100 à 300 millicuries suivant les cas).

Trois sont morts après très courtes survies (1 mois, 5 mois, 6 mois) ; ils ne semblent donc avoir tiré aucun bénéfice du traitement.

Le quatrième a survécu trois ans, avec une amélioration

considérable et une régression de la paralysie faciale ; la mort qui est survenue paraît être due à une affection intercurrente.

Le cinquième malade, enfin, reste vivant et cliniquement guéri six ans après le traitement : il s'agissait d'un épithélioma atypique, greffé sur une récidive de tumeur mixte opérée cinq ans auparavant.

b) Dans deux cas, traitement par radiothérapie filtrée (15 à 25 H par une seule porte d'entrée).

De ces deux malades, l'un est mort après une courte survie de six mois. Le second, traité en décembre 1928, n'a pas répondu à l'enquête.

c) Il reste donc treize malades qui, tous ont été soumis au traitement combiné comprenant, dans un premier temps, l'exérèse chirurgicale large de la parotide néoplasique suivant les techniques classiques, et dans un deuxième temps, un traitement radiumthérapique (appareil radifère externe) ou radiothérapique complémentaire.

Si l'on exclut un cas de tumeur sur la parotide accessoire, il reste douze malades.

Sept ont été actuellement traités depuis plus de trois ans.

Quatre sont morts avec des survies variant de six mois à trois ans.

Trois sont actuellement vivants et cliniquement guéris, certains depuis cinq et six ans, ce qui donne une proportion de 43 % de guérisons après trois ans dans les cas traités par cette méthode.

Parmi les cas plus récents au nombre de cinq, deux malades sont cliniquement guéris dix-huit mois après le traitement. Une malade est morte après une survie de six mois; deux autres sont vivantes, mais suspectes de récidive.

Burrons, dans *Acta radiologica* de 1926, publie la statistique de seize malades. L'opération et le radium combinés ont donné huit succès sur huit cas.

Sans doute, ces résultats restent très relatifs ; mais, étant donnée la particulière réputation de malignité de certains

épithéliomas parotidiens, ils constituent un pourcentage intéressant de survies prolongées et de guérisons cliniques. Ils établissent que, malgré leur faible radio-sensibilité, ces épithéliomas peuvent dans certains cas être guéris par la seule curiethérapie ; mais la proportion des bons résultats reste alors très faible.

Ils montrent surtout l'intérêt de l'association de cette curiethérapie à l'exérèse chirurgicale large : c'est en effet parmi les cas traités par cette association des deux méthodes thérapeutiques, que nous trouvons, sinon des guérisons définitives, du moins les améliorations les plus nettes, sans que, d'ailleurs, il soit possible d'établir des rapports précis entre la formule histologique du néoplasme et la qualité du résultat obtenu.

En conclusion, nous croyons donc que cette association chirurgie-curiethérapie, faite suivant une technique précise, constitue à l'heure actuelle la méthode de choix dans le traitement des tumeurs malignes de la parotide lorsque celles-ci sont diagnostiquées à une phase où l'extension des lésions ne s'oppose pas encore à toute thérapeutique radicale.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

« Devant les échecs nombreux de toutes les thérapeutiques, devant les succès isolés obtenus par chacune d'elles, c'est un large éclectisme qui doit présider à ces indications » (Dunet et Creyssel) .

Cependant, toutes les fois que l'étendue des lésions et l'état général du malade le permettent, il est préférable d'avoir recours au traitement chirurgical, complété ou non par une irradiation ultérieure.

La conduite du chirurgien sera uniquement commandée par la forme anatomo-clinique des lésions.

Plusieurs cas schématiques peuvent être distingués :

1° *Cancer parotidien n'ayant pas dépassé la loge, avec ou sans adénopathie cervicale perceptible.*

Le traitement sera :

a) Exérèse large de la tumeur suivant une des techniques décrites, sous anesthésie générale, ou loco-régionale.

b) Curage ganglionnaire cervical complet du côté de la tumeur. Ce curage doit descendre jusqu'au niveau de la clavicule et s'accompagne le plus souvent de la résection du sterno-mastoïdien. Il peut être pratiqué en même temps que la parotidectomie ou une quinzaine de jours après, suivant l'état général du malade.

c) Traitement complémentaire par les agents physiques : il sera institué aussitôt après l'ablation des fils ou dès cicatrisation de la plaie opératoire. On fera :

soit de la radiothérapie profonde ;

soit de la curiethérapie, suivant les techniques déjà indiquées.

2° *Tumeur avec extension au delà des parois de la loge, mais sans atteinte des organes de la loge rétro-parotidienne et sans envahissement pharyngé.*

Dans ces cas, la parotidectomie idéale n'est plus possible ; mais, grâce à la possibilité de compléter par les agents physiques une intervention théoriquement moins satisfaisante, on pourra tenter une parotidectomie encore plus élargie, faite à la demande des lésions, et qui peut, suivant le sens d'extension de celles-ci, amener à réséquer partiellement l'apophyse mastoïde, l'arcade zygomatique, à sacrifier l'oreille et le muscle temporal, etc. La résection unilatérale de la jugulaire interne, redoutée des anciens auteurs, est aujourd'hui couramment pratiquée dans les opérations cervicales ; elle pourra rendre possible l'exérèse de lésions étendues à la paroi postérieure de la loge. Seule, la carotide interne doit être ménagée à tout prix et marquer la limite de l'opérabilité dans cette direction.

Donc, exérèse large à la demande des lésions, puis traitement radiumthérapique. Il faudra surveiller la cicatrisation, et peut-être combler la perte de substance par des greffes.

3° *Tumeur avec compression des organes profonds.*

L'action chirurgicale est contre-indiquée par l'étendue des lésions.

On essaiera un traitement radiumthérapique.

4° *Tumeurs avec métastases ou adénopathies à distance.*

Le traitement médical, symptomatique, est seul possible.

5° *Tumeurs récidivées :*

— Après traitement chirurgical : si la récidive est limitée, on intervient de nouveau avant d'instituer un traitement radio ou radiumthérapique.

— Après radiothérapie : on rejette toute nouvelle tentative radiothérapique en raison de la radio-résistance acquise.

Malgré les conditions mauvaises, on interviendra largement et on fera suivre d'un traitement radiumthérapique complémentaire.

— Après radiumthérapie : si une intervention chirurgicale est possible, elle reste la seule thérapeutique à tenter.

OBSERVATIONS

I. TRAITEMENT CHIRURGICAL

Observation I

(*Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.*)

M. R. Cas..., 74 ans, cultivateur, entre, le 18 octobre 1935, dans le service de M. le Professeur Guyot envoyé par son médecin, pour une tumeur de la région parotidienne.

Histoire de la maladie. — Au début du mois de mars, le malade s'est aperçu de la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, en arrière de l'angle du maxillaire inférieur gauche. Cette tumeur, au début indolore et mobile, augmente peu à peu de volume et devient un peu douloureuse par intermittence.

Antécédents. — 1° Personnels : congestion pulmonaire à 56 ans, et phlébite double à 63 ans ;

2° Héréditaires : rien à signaler.

Examen le 19 octobre 1935. — En arrière de l'angle gauche du maxillaire inférieur, on note une tuméfaction arrondie, saillante en dehors, couvrant en avant la partie postérieure de la branche montante du maxillaire inférieur ; elle est limitée en arrière par une ligne abaissée du bord postérieur de la mastoïde, et, en bas, par une horizontale passant par l'angle du maxillaire ; en haut, elle arrive jusqu'au sillon rétro-auriculaire.

Pas de coloration anormale, sauf à la partie postérieure où elle est rouge violacé.

Sa forme est globuleuse et arrondie, bilobée de premier abord, le lobule antérieur comprenant les deux tiers de la tumeur.

A la palpation, tumeur mobile ; cette mobilité diminue par la mise en contraction du sterno-cléido-mastoïdien gauche ; mais elle diminue également quand le malade tourne la tête à droite. La tumeur est adhérente à la peau dans sa partie postérieure.

Consistance fluctuante dans sa partie superficielle ; solide, mais peu dure, dans sa partie profonde.

Biopsie. — Il s'agit manifestement d'une tumeur épithéliale maligne, du type malpighien. En certains points, correspondant vraisemblablement à la surface, la tumeur revêt un aspect papillomateux ; elle se manifeste comme étant extrêmement active et envahissante. Il n'existe aucun élément glandulaire différencié.

Examen des appareils :

1° Digestif : bouche et pharynx : normal ; au toucher, pas d'induration de la paroi pharyngée ; abdomen souple et indolore ;

2° Vasculaire : bruits du cœur bien frappés, tension artérielle 17-9, indice 3.

Urines : pas d'éléments anormaux.

Sang : urée, 0 gr. 38 ; B. W., négatif.

Intervention, le 22 octobre 1935, par M. le Professeur Guyot.

Anesthésie au Rectanol.

Incision de J.-L. Faure. On aborde la région parotidienne par son pôle inférieur où l'on sectionne successivement, après ligatures, la jugulaire et la carotide externe. On libère ensuite le prolongement antérieur de la glande en sectionnant l'artère cervicale transverse et les vaisseaux extra-condyliens. Puis, on libère le bord postérieur de la parotide, libération facile, et on cherche à accéder sur la portion profonde de la région. Pour cela, on fait une résection du bord postérieur du maxillaire inférieur, et l'on a accès ainsi sur les vaisseaux et nerfs

profonds qu'on libère progressivement après avoir sectionné les vaisseaux sous-condyliens. Mise en place d'une mèche et d'un drain dans la loge. Une pince est laissée sur une artériole qui saigne dans la profondeur. Fermeture en un plan.

Suites opératoires. — Les points lâchent et la plaie se déterge mal. On fait des pulvérisations à l'eau oxygénée. On note une paralysie faciale gauche. Le malade, présentant de la lagophtalmie, est adressé au service d'ophtalmologie où on pratique une blépharoplastie, le 20 décembre 1935.

Le 6 janvier 1936, l'état du malade est satisfaisant, la plaie est presque cicatrisée.

Il quitte le service, absolument guéri, le 31 janvier 1936.

Nous avons revu ce malade le 2 décembre 1936, chez lui, en présence de son médecin, le Dr Meyssan. Celui-ci nous a informé que M. Cas... était venu le consulter, il y a trois mois, pour une petite ulcération de la cicatrice qui suintait légèrement.

Actuellement, après un examen attentif, nous pouvons considérer ce malade comme parfaitement guéri et ne présentant aucun symptôme de récidive ni sur place ni à distance.

Observation II

(*Due à l'obligeance de M. le Professeur Chavannaz.*)

Le nommé B..., âgé de 61 ans, entre dans mon service pour tumeur de la région parotidienne droite.

C'est à 18 ans que le patient constate l'existence d'une tumeur du volume d'une noisette, placée en avant du lobule de l'oreille droite, tumeur arrondie, lisse, indolore ; elle grossit lentement et elle est extirpée à 25 ans, durant le service militaire du patient.

Six mois plus tard, la tumeur est de nouveau apparente ; et, à 29 ans, à Saïda, on procède à l'extirpation de la lésion qui avait alors le volume d'un œuf de pigeon.

Deux ans plus tard, la récidive s'est reproduite. A 36 ans, B... est opéré par notre collègue, le professeur Guyot, qui enlève une tumeur ayant le volume d'un œuf de poule.

Le mal récidive, et, à 40 ans, nouvelle intervention par notre collègue, le professeur Bégouin, pour une tumeur ayant toujours le même volume d'un œuf de poule.

Cette opération est suivie immédiatement de paralysie faciale avec impossibilité de fermer l'œil, larmoiement et impossibilité de siffler.

La récidive survient au bout de deux à trois ans ; alors, las des chirurgiens, le patient consulte un guérisseur qui le traite par les caustiques ; mais le mal persiste, et, dans ces trois dernières années, il se produit une augmentation de volume avec apparition de bosselures, ramollissement par place, perte de la mobilité et douleur.

Un autre guérisseur applique une pommade, en décembre 1930, mais celle-ci n'a d'autre effet que d'être suivie d'une ulcération.

Les antécédents du patient sont bons. Il a eu une diphtérie laryngée dans son enfance ; il a présenté un léger paludisme en Algérie, au cours de ses 14 ans de service militaire ; il nie tout antécédent vénérien.

Le père et la mère du malade sont morts à plus de 80 ans.

Il a huit frères ou sœurs, bien portants ; il a perdu une sœur, morte de tumeur abdominale.

Examen. — On trouve, du côté droit, une tumeur s'étendant depuis le conduit auditif jusqu'à 1 doigt de la commissure labiale, et, en haut, de l'arcade zygomatique et du malaire jusqu'au-dessous du maxillaire, plongeant ainsi dans la région carotidienne. La lésion a le volume du poing ; elle est bosselée, de consistance inégale, molle par place ; elle est peu mobile, sauf, cependant, dans le sens transversal où on peut légèrement la déplacer. La peau est adhérente et elle porte une ulcération verdâtre, à fond bourgeonnant, à contours irréguliers. Le toucher pharyngien est négatif ; il n'y a pas de tuméfaction ganglionnaire nette. Bien entendu, la paralysie faciale

persiste, tenant surtout le facial supérieur. Il n'y a pas de douleur très vive, mais des sensations de picotement.

Les différents appareils ne présentent pas d'altérations.

Pas de toux, pas de raucité de la voix.

Il n'y a pas de troubles digestifs ; la déglutition est facile ; il n'y a pas de troubles du côté de la langue. Pas d'altération du système nerveux ; pas de troubles pupillaires.

Pas d'altération du sterno-cléido-mastoïdien.

Au point de vue sanguin : taux de l'urée, 0,55 ; numération globulaire et formule leucocytaire normales.

Pas d'albuminurie, mais légère glycosurie.

Intervention, le 6 mai 1931, par M. le Professeur Chavannaz, sous anesthésie générale à l'éther, intervention consistant en ablation totale de la parotide avec curage sous-maxillaire et carotidien en s'aidant de la résection partielle de la branche montante du maxillaire inférieur, suivant la technique de J.-L. Faure.

Les suites opératoires ont été régulières et faciles ; mais, par suite de la gêne qu'il y avait eu à fermer la plaie, en raison du grand sacrifice cutané, il y a eu, pendant longtemps, une zone centrale d'environ 1 cm^2, qui refusait en quelque sorte d'arriver à la cicatrisation ; celle-ci s'est pourtant produite avec le temps.

Le compte rendu anatomo-pathologique indiquait une tumeur épithéliale, nettement maligne.

Grâce à l'amabilité du Dr Mourlan, nous avons pu avoir, le 5 décembre 1936, des nouvelles de l'opéré. Le médecin traitant nous dit :

« B..., qui est maçon, travaille quotidiennement au bord de la Gironde, exposé au grand vent et aux intempéries, ce qui dénote combien est peu douloureuse la région cicatricielle. Le malade prétend y éprouver cependant une sensation de compression, surtout évidente lorsqu'il mange ou qu'il parle ; cette sensation augmente sous certaines influences atmosphériques. La cicatrice est parfaitement consolidée ; la peau est très fine et très lisse, légèrement adhérente vers le bord pos-

térieur de la branche montante du maxillaire inférieur ; elle est souple partout ailleurs ; la sensibilité à la piqûre et au contact est à peine diminuée. L'écartement des mâchoires, qui était très réduit après l'opération, atteint aujourd'hui 3 cm. 5 ; la mastication, malgré la perte de nombreuses dents, se fait assez bien. L'asymétrie faciale, masquée par la moustache, n'est pas trop disgracieuse. Aucune modification de la région ne peut faire envisager une récidive.

» C'est un très beau succès chirurgical. »

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Charrier.)

V... Joséphine, 59 ans, cultivatrice.

Vient consulter, le 10 novembre 1931, pour une tumeur développée, dit-elle, en trois mois, dans la région parotidienne droite.

A l'examen, cette tumeur est du volume d'une grosse noix ; ses contours sont diffus ; on sent la masse très dure, incluse dans la glande parotide.

Il n'existe pas de ganglions carotidiens ni sous-maxillaires.

On note une parésie faciale droite.

La malade se plaint, en outre, de douleurs très vives, douleurs faciales, cervicales et mêmes scapulaires.

Intervention, sous anesthésie générale, avec sonde nasale.

Technique de P. Duval, avec conservation de la branche supérieure du facial ; section temporaire de la mastoïde ; repérage du facial à son émergence ; rabattement de la glande en avant ; section des rameaux inférieurs du facial ; énucléation de la parotide d'arrière en avant avec grosses difficultés pour le pôle supérieur.

Gros choc opératoire, dont est responsable en partie une mauvaise ligature de la carotide externe.

Examen histologique (Drs Bonnard et Piéchaud). Epithélioma atypique.

La guérison se fait cependant assez rapidement. Aucun accident oculaire. Sept mois après l'intervention, la guérison se maintenait parfaite sans aucune récidive. Mais ce malade a été perdu de vue depuis.

Observation IV

(*Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Charrier.*)

Homme de 61 ans, petit diabétique, porteur d'une tumeur, du volume du poing, en pleine parotide.

Tous les signes de la malignité sont réunis : dureté, adhérence à la peau, diffusion des contours. Il existe de nombreux ganglions et l'on note une paralysie faciale complète.

Précédée d'un régime anti-diabétique, l'opération est faite le 3 juin 1933, sous anesthésie générale, avec sonde nasale.

Intervention suivant la technique de J.-L. Faure : évidement de la loge parotidienne avec résection partielle de l'angle de la mâchoire et de la branche montante du maxillaire inférieur.

Ligature de la carotide externe et section du facial. Curage ganglionnaire jusqu'à la région carotidienne incluse.

Guérison après accidents pulmonaires légers. Pas d'accidents oculaires.

Trois mois après, apparition d'une tumeur très dure tout près de l'orifice supérieur du médiastin. Mort un mois plus tard.

Observation V

(Rapportée par Worms et Weiss, le 14 mars 1934, à la Société nationale de Chirurgie.)

Au mois de février 1925, le capitaine B..., du 2e régiment d'aviation, consulte le Dr A.-G. Weiss (Strasbourg) au sujet d'une petite tumeur située au niveau de l'angle droit de la mâchoire inférieure.

Cette tumeur avait fait son apparition vers le mois de septembre 1924. Elle était parfaitement mobile sous la peau et ne semblait pas adhérer au plan profond. Sa consistance, de dureté moyenne, rappelait tout à fait celle d'un ganglion tuberculeux.

Notre collègue Weiss extirpa cette grosseur à la clinique du professeur Stolz, le 3 mars 1925. L'opération fut pratiquée sous anesthésie locale (novocaïne-adrénaline) et se passa sans le moindre incident. Les fils furent enlevés le 9 mars ; la plaie était complètement fermée.

Aussitôt enlevée, la tumeur, après fixation dans du liquide de Bouin, fut confiée au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Strasbourg. Le diagnostic porté fut celui « d'épithélioma glandulaire d'aspect thyroïdien envahissant la parotide, avec mitoses assez nombreuses ».

Le professeur Masson, qui examine la coupe, formule le pronostic le plus sombre.

Sur ce renseignement fâcheux, un traitement radiothérapique complémentaire fut considéré comme l'ultime ressource à tenter. Il fut immédiatement institué sous la direction du Dr Gunsett. Durée : 10 jours.

En dépit de ces précautions, une récidive locale ne tarda pas à apparaître en un point de la loge parotidienne plus élevé que celui de la précédente tumeur.

Sur les indications du Dr Weiss, le malade entrait, à la fin d'avril 1926, dans notre service du Val-de-Grâce.

Il présentait, en avant du tragus, un noyau induré, des

dimensions d'une grosse noisette, inclus en pleine parotide, adhérent à la cicatrice cutanée et paraissant également s'enfoncer dans la profondeur.

Il n'existait ni paralysie faciale, ni douleurs. Le malade ressentait seulement un peu de gêne dans les mouvements de la mâchoire inférieure.

Absence totale d'adénopathie. Etat général excellent.

Avant de prendre une décision, je soumis le malade à M. le Professeur Regaud, de l'Institut Curie, qui écarta toute idée de traitement par les rayons et conseilla formellement l'extirpation de la tumeur.

Le 2 mai 1926, sous anesthésie générale (éther), à la faveur d'une incision verticale sur laquelle venait se brancher, à hauteur du lobule, une petite incision horizontale, je pratiquais un large évidement de la loge parotidienne, sans résection de l'angle du maxillaire, mais en rasant de près le bord postérieur du masséter. Tout en cherchant, en cours de route, à ménager les filets du facial, je ne pus éviter d'en sectionner un certain nombre, sinon le tronc lui-même.

Dès le réveil, le malade présentait une paralysie faciale totale du côté opéré, avec déviation marquée des traits et lagophtalmie.

Les suites opératoires furent simples. La cicatrisation se fit de façon normale.

Pendant cinq mois, l'état se maintient tout à fait satisfaisant. Le malade, que je continuais de surveiller régulièrement, était seulement gêné par le défaut d'occlusion de l'œil droit. A l'occasion d'une poussée de kératite ulcéreuse, une blépharorraphie fut jugée nécessaire.

En novembre 1926, nouvelle récidive tout à fait localisée sous forme d'un petit nodule adhérent à la cicatrice opératoire.

Sous anesthésie générale, je pratique l'excision aussi large que possible du bloc cicatriciel contenant le petit foyer néoplasique. Aucun incident jusqu'en juillet 1927. A ce moment, nouvelle poussée tumorale sous le lobe de l'oreille droite,

nécessitant une quatrième intervention sur la plage cicatricielle.

A noter que toutes ces récidives sont demeurées strictement localisées au creux parotidien, sans s'étendre aux régions voisines, sans retentir sur les ganglions.

Depuis 1927, la guérison s'est maintenue. Entre temps, de 15 à 18 mois après les premières interventions, le malade ressentait, dans l'hémiface paralysée, une sorte de chatouillement, une vague sensation dysesthésique. Il lui semblait que, de plus en plus, à chaque tentative de mouvement, tant du côté des paupières que du côté de la joue, les muscles répondaient aux efforts de contraction.

De plus, la déviation des traits, à l'origine très marquée, s'estompait petit à petit. Ce signe objectif d'amélioration ne pouvait tromper.

Fin 1927, la récupération fonctionnelle fut jugée suffisante pour qu'on put, sans arrière-pensée, libérer les paupières suturées. Celles-ci avaient récupéré leurs mouvements normaux. La contraction de l'orbiculaire se produisait avec force.

Aujourd'hui, abstraction faite de l'excavation de la région parotidienne opérée, on peut constater une parfaite symétrie des deux côtés de la face au repos.

Au moment de l'occlusion volontaire de l'œil droit se produit une petite grimace, comme un mouvement associé de la commissure labiale correspondante qui se relève. Le sillon nasogénien a repris son aspect normal.

L'électro-diagnostic, pratiqué au laboratoire du Val-de-Grâce, montrait une légère diminution de l'excitabilité faradique et galvanique du facial droit.

Renouvelé il y a deux jours, il a donné le résultat suivant : « réactions électriques sensiblement normales et égales des deux côtés pour le facial et ses branches, avec, toutefois, une très légère diminution de l'excitabilité faradique de la branche moyenne droite par rapport au côté opposé ».

Observation VI

(*Annals of Surgery*, avril 1936).

Dr Herbert Willy Meyer (New-York) rapporte un cas d'adéno-carcinome de la parotide, opéré par lui à Lenon-Hill-Hospital. Le malade avait une petite lésion près du pôle inférieur de la parotide, lésion considérée comme une tumeur mixte. L'excision fut faite et montra qu'on se trouvait en présence d'un très actif carcinome.

Trois jours après cette première opération, une « opération radicale complète » fut faite, la parotide entière étant enlevée, en même temps que l'on faisait une dissection des ganglions lymphatiques cervicaux.

Des métastases furent trouvées dans les ganglions de la chaîne inférieure.

Le malade eut naturellement une paralysie faciale. Une réparation plastique de l'œil et de l'angle de la bouche, avec deux lambeaux de fascia lata, fut faite pour triompher de la paralysie.

Le malade est maintenant âgé de 70 ans ; il est heureux malgré sa paralysie faciale ; il ne paraît pas beaucoup défiguré et il a été en « excellent état » durant six ans.

II. TRAITEMENT RADIOTHERAPIQUE

Observation VII

(*Fondation Bergonié.*)

Ch... J., 87 ans, sans profession.

Entre le 15 novembre 1932, salle MC.

On ne peut avoir aucun renseignement précis sur les antécédents.

Histoire de la maladie. — Début il y a quelques mois par

une tumeur qui se développe dans la région parotidienne gauche et qui augmente rapidement de volume.

20 novembre : épithélioma parotidien gauche avec paralysie faciale. Cet épithélioma se présente sous les apparences d'une tumeur volumineuse (2 marrons), bosselée, adhérent complètement aux plans profonds et ulcérée à sa superficie. La tumeur en arrière soulève le creux pré-auriculaire et une partie du conduit auditif.

Pas de ganglions parotidiens ; le creux rétro-angulo-maxillaire ne présente pas de ganglions isolables.

A signaler, à droite, la présence de deux petites ulcérations néoplasiques, l'une en avant du pavillon de l'oreille et l'autre en arrière.

On fait un traitement radiothérapique palliatif :

Ampoule A. E. G.,
Tension second. : 200 kv.,
Filtration : 2 Cu et 1 Al.,
Intensité second. : 4,
Distance à la peau : 40 cm.

Dose totale : 2.500 r.

Durée totale des irradiations : 7 heures 20.

Exéat le 15 décembre 1932, sur l'hospice Pellegrin.

Mort le 2 mai 1933.

Observation VIII

(*Fondation Bergonié.*)

B... Claire, 75 ans, entrée le 1er juillet 1932, salle BF. Observation prise le 20 août 1932.

Malade envoyée au Centre pour tumeur de la région parotidienne droite.

Histoire de la maladie. — Malade traitée il y a deux ans par le Dr Mathey-Cornat pour épithélioma de la tempe droite.

D'après l'aspect de la cicatrice, il semble qu'il a été fait un traitement radiothérapique.

Il y a quatre mois environ, dans la région parotidienne droite, juste au-dessous du lobule de l'oreille, apparaît une tuméfaction couleur de la peau ; puis elle devient large, atteint le volume d'une noix. Un docteur, pensant à un abcès, l'incise, mais aucun liquide ne s'écoule.

Cette tumeur ne diminuant pas, la malade est adressée à la fondation Bergonié, le 2 juillet. Elle n'y entre que le 18 août.

Examen le 18 août 1932.

Bon état général. Etat parfait de la cicatrice au niveau de la tempe droite ; peau souple, non adhérente.

Au niveau de la région parotidienne droite, sous le lobule de l'oreille, tumeur ectopique ; gros bourgeon (une noix) bloqué dans la profondeur comme un botryomycome. Tumeur arrondie régulièrement, molle, à surface saignotante et sanieuse ; non douloureuse. On fait une biopsie.

« Epithélioma bourgeonnant, type botryomycome, de la parotide droite. »

On note de l'œdème et une adénopathie pré-auriculaire.

Autour de la tumeur, les téguments sont rétractés comme dans une cicatrice.

Compression nerveuse avec paralysie faciale droite périphérique.

Autres appareils : rien à signaler, si ce n'est un thorax globuleux. Emphysème, avec sonorité dans toute l'étendue des deux poumons. Asthme. Les bruits du cœur sont normaux.

Tension : 14, 7, 3. Pm. : 12.

30 août 1932. — Une séance de diathermo-coagulation. Ablation grossière de la masse tumorale.

31 août 1932. — Une séance de roentgenthérapie.

Tension 150 kv. à 30 cm., avec 2 d'Al.

Puis, on fera sept séances de radiothérapie de 30 minutes chacune.

400 r. par séance,

Distance : 30 cm.,
Filtration : 1 Cu, 1 Al.,
Tension second. : 200 kv.,
Intensité second. : 4 mA.

Exéatée le 15 septembre 1932.

13 octobre 1932. — Il ne persiste plus qu'une zone de radio-épidermite rétro-angulo-auriculaire.

19 janvier 1933. — Cicatrisation presque totale de la lésion traitée ; il reste au-dessous du lobule de l'oreille une ulcération des dimensions d'une pièce de 50 centimes, à aspect nécrotique.

20 avril 1933. — Cicatrisation complète de la lésion.

Revient en juin 1934 et subit un nouveau traitement radiothérapique (tension 180 kv. ; filtr. 10/10 Al. ; intensité second. pmA ; dist. : 28 cm. ; durée 30 minutes), sur la région jugale gauche (2 séances).

Observation IX

(Belot et Ménégaux, in *Journal d'électrologie et de radiologie*, février 1931.)

Femme de 62 ans, présentant depuis plus de 20 ans une petite tumeur de la région parotidienne gauche. Cette tumeur a grossi lentement, mais, depuis quelques mois, l'augmentation de volume a été plus rapide et des douleurs spontanées avec irradiations à la face sont apparues.

Cette malade nous est adressée en novembre 1927. A l'examen, nous trouvons en avant du tragus une petite tumeur du volume d'une grosse noisette, dure, lobulée, paraissant bien encapsulée, sans adhérences appréciables dans la profondeur. La peau est normale et parfaitement mobile. Par le toucher intra-buccal on ne perçoit aucun prolongement profond. Il n'existe aucun signe de paralysie faciale. Les irradiations

douloureuses dont se plaint la malade se font vers le bord inférieur de l'orbite et la commissure labiale. La tumeur est légèrement sensible à la pression. Aucun ganglion n'est perceptible. Aucune altération de l'appétit, ni de l'état général.

On pose le diagnostic de tumeur mixte probable de la parotide avec possibilité de début de dégénérescence maligne, du fait des douleurs et on conseille l'extirpation.

Celle-ci est pratiquée par l'un de nous, le 21 janvier 1928, par une incision horizontale, parallèle aux filets du nerf facial.

L'intervention, commencée à l'anesthésie locale, est terminée sous quelques bouffées d'éther. Un plan de clivage est péniblement trouvé autour de la tumeur ; la dissection conduit au bord postérieur du masséter légèrement adhérent ; un fragment de muscle est extirpé avec la tumeur.

Les filets du facial ont été ménagés, on a été obligé de disséquer un rameau horizontal dans la partie haute de la plaie opératoire. Suture sans drainage.

En raison de l'adhérence musculaire, on fait alors de sérieuses réserves sur la nature de la tumeur. Les suites sont sans incidents marqués ; il existe une parésie dans le territoire supérieur du facial ; la malade est levée dès le lendemain de l'opération et la cicatrisation se fait normalement.

A l'examen histologique, *la tumeur se révèle être un épithélioma infiltrant à cellules indifférenciées, sans activité karyokinétique*. L'épithélioma infiltre le muscle adjacent dont il dissocie les fibres striées.

Un mois après l'opération, récidive manifeste sous forme de blindage dépassant la cicatrice opératoire.

Devant cette récidive d'allure assez rapide, on décide de faire de la radiothérapie pénétrante. Le traitement est appliqué de la façon suivante : rayonnement pénétrant donné par une tension Gaiffe-Galot-Zilon sous 200 kv. ; tube Coolidge en cuve à huile ; distance 40 cm. ; filtration 1 mm. de Cu et 2 d'Al.

La tumeur est attaquée directement par un champ latéral

gauche, débordant largement les limites de l'infiltration ; du côté droit, une seconde porte d'entrée est déterminée de façon à irradier le territoire malade à travers la joue droite et la cavité buccale.

Le mode de distribution a été le suivant :

à gauche	21 fév. 28	1.000 R.	droite	9 mars	1.000 R.
	26 fév. 28	—		12 mars	—
	28 fév. 28	—		14 mars	—
	5 mars	—			
	16 mars	—			

Le total a donc été de 5.000 R. en application directe et de 3.000 R. par une porte d'entrée droite, de façon à réduire la dose absorbée par la peau du côté gauche.

A la suite de ce traitement, le malade a présenté une asthénie considérable et une grande sécheresse de la bouche.

La fente palpébrale est un peu plus grande du côté opéré que du côté sain, et il existe du larmoiement. Cependant, l'occlusion volontaire des paupières est possible. Il n'y a aucune trace d'atteinte du facial inférieur.

Revue à intervalles réguliers, la malade a présenté, dans les mois qui suivaient, une régression totale de sa tumeur. Six mois après la fin du traitement, toute trace de tumeur a complètement disparu ; la peau est souple et mobile sur les plans sous-jacents. La sécheresse de la bouche et la parésie du facial supérieur ont persisté. La malade se plaint encore d'irradiations douloureuses vers la face et l'oreille.

La malade est revue en mars 1930, soit 26 mois après l'intervention ; il n'existe aucune trace de récidive. L'état général est redevenu excellent. La parésie du facial supérieur a disparu. Il ne persiste qu'un peu de larmoiement et une certaine sécheresse de la bouche.

En résumé, épithélomia primitif de la parotide, de malignité restreinte, mais ayant subi un coup de fouet par une opération insuffisamment large, qui a complètement guéri, du moins en apparence, par un traitement radiothérapique intense.

Observation X

(J.-L. Vickham, in *Journal de Médecine de Paris,* 30 avril 31.)

M. Bo..., 24 ans. Le début de l'affection remonte à l'âge de 16 ans, époque à laquelle apparaît une tumeur qui augmente progressivement de volume jusqu'à l'époque de la première intervention chirurgicale à l'âge de 18 ans (1926). Deux ans après survient une récidive locale opérée presque aussitôt (1928). La deuxième récidive survient deux mois plus tard, et elle est opérée par le Dr Christolle, de Maubeuge, qui nous envoie la pièce opératoire et le malade en vue d'un traitement radiumthérapique immédiat.

L'examen histologique montre qu'il s'agit vraisemblablement d'un épithélioma atypique, d'origine glandulaire probable, mais difficile à préciser.

Au moment de l application du radium, la région parotidienne est encore très tuméfiée. La quantité de radium utilisée est de 12 tubes de 10 mgr. Ra (répartie sur les régions parotidienne et carotidienne inférieures) ; filtration : 1 mm. 5 de platine ; distance radium-peau : 4 cm. ; durée : 6 jours. Dose totale : 17.280 mg. heures.

Un mois après, la région parotidienne a repris son aspect normal ; mais le malade devra être suivi en raison de la date récente du traitement qui ne permet pas encore de préjuger de l'avenir.

Observation XI

(Rapportée par J.-L. Wickham
in *Journal de Médecine de Paris,* 30 avril 1931.)

M. Vi..., 75 ans. A l'âge de 63 ans, est opéré d'une tumeur rétro-auriculaire, type glandulaire, mais d'apparence un peu malpighienne par places.

Curiethérapie : quantité de radium : 3 foyers de 30 mmgr. Ra ; distance radium-peau : 4 cm. ; filtre 1 mm. 5 de platine (Dr Delaunay).

Elle récidive cinq mois après ; puis, de nouveau, un an après la seconde extirpation chirurgicale. Une troisième ablation chirurgicale est pratiquée et, cette fois, la récidive se produit en quatre mois.

La tumeur qu'il présente avant le traitement par le radium est du volume d'une grosse orange, irrégulière, ulcérée, et s'accompagne de deux nodules adhérents.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire typique, acineux, n'ayant aucun aspect de tumeur mixte.

La curiethérapie est pratiquée en deux temps ; on introduit d'abord six aiguilles de 5 mmgr. Ra filtrées à 0 mm. 5 de platine, pendant quatre jours ; puis cinq aiguilles pendant trois jours.

La dose totale reçue est donc de 3.780 mg. heures La tumeur diminue et l'on veut poursuivre le traitement, mais la malade s'y oppose, et, huit mois après, la tumeur a repris son volume initial. Elle croît progressivement et entraîne la mort.

III. TRAITEMENT MIXTE

Observation XII

(Rapportée par S. Hybinette
dans *Acta chirurgica scandinavica,* 1935.)

Homme de 42 ans, chez lequel il existe depuis quatre ans, au-dessous de l'oreille droite, une nodosité qui atteint lentement le volume d'une noix, mais sans causer aucune gêne. Un chirurgien consulté pratique, le 9 mars 1931, une incision exploratrice et un grattage, dans l'hypothèse d'un lymphome

tuberculeux. Les produits obtenus sont soumis à un examen microscopique, d'où il résulte que la tumeur est suspecte de malignité.

Le patient est envoyé au « Radiumhemmet ».

Examen microscopique : *fibro-épithéliome suspect de malignité ; la tumeur rappelle tantôt le basaliome, tantôt les kystes papillaires.*

2 avril 1931. — L'incision exploratrice est cicatrisée. Au-dessous de la cicatrice, dans la région rétro-maxillaire, se sent une résistance dure avec des limites diffuses et d'environ 3 cm. 5 de diamètre. A l'angle de la mâchoire, ganglion suspect, gros comme une noisette.

Téléradiumthérapie pré-opératoire.

L'induration diminue et ne mesure plus que 1 cm. 5 de diamètre. Le ganglion a diminué lui aussi et ne mesure plus que 0 cm. 5 sur 1 cm.

15 mai 1931. — Excision en bloc des ganglions perceptibles au palper et de la plus grande partie de la parotide. Comme, du point de vue clinique, la tumeur paraissait extrêmement suspecte de malignité, on ne cherche aucunement à ménager le facial qui était en plein dans la tumeur.

17 juin 1931. — Cicatrisation encore imparfaite. Paralysie faciale complète.

10 octobre 1931. — Guérison. Pas de récidive.

23 septembre 1932. — Même situation.

Fin décembre 1933, soit deux ans et sept mois après l'opération, il n'y a toujours pas de récidive, mais la paralysie faciale persiste.

Observation XIII

(Benedict et Meigs, in *Surgery, gynecol., obst.*, novembre 30.)

Garçon de 15 ans, entre à l'hôpital général du Massachusetts, le 1er février 1928, se plaignant d'une tumeur sur le côté

droit de la face, tumeur apparue depuis cinq mois. Pas de douleur.

A l'examen, masse ferme, élastique, de la grosseur d'une noisette, s'étendant de l'angle de la mâchoire à la région sous-maxillaire. Mobile dans sa partie supérieure, mais apparemment fixée dans sa partie inférieure et paraissant plus indurée dans cette région.

On note une cicatrice de biopsie faite deux semaines auparavant.

L'opération fut faite peu de jours après ; le tissu tumoral fut extirpé entièrement sans souci de sa structure. La convalescence après l'opération fut bonne et le malade sortit de l'hôpital après deux semaines environ, ayant subi une série de traitements par rayons X.

Le rapport anatomo-pathologique indiquait « *une tumeur de la grosseur d'une balle de tennis, s'étendant rapidement. Aucune métastase ganglionnaire. Carcinome* ».

Le malade fut suivi durant mars et avril.

Le 6 avril, apparition de cinq à six nodules à la poitrine. Une biopsie indique une métastase du carcinome. On fait des rayons X et ces nodules disparaissent presque entièrement. En dépit de ces rayons, cependant, une rapide récidive se produit à la place de la tumeur primitive, et le malade mourut le 14 mai 1928, seulement trois mois après l'opération et huit mois après l'apparition de la tumeur.

Observation XIV

(*Annals of Surgery,* avril 1936.)

Dr Charles E. Fau (New-York, 1936) cite deux cas dans lesquels il a fait une excision totale pour carcinome de la parotide. Dans les deux cas, il fut possible de préserver le nerf facial.

Chez l'un des malades, une femme relativement jeune, il eut affaire à une récidive lorsqu'il la vit pour la première fois.

L'intervention chirurgicale complétée par la roentgenthérapie « la gardèrent en vie et en bonne santé » durant quatre ou cinq ans.

L'autre malade, un homme plus âgé, avec un carcinome plus extensif, demeura en bonne santé durant deux ans après « l'opération radicale », puis fut perdu de vue.

L'auteur doute que l'un ou l'autre ait été une guérison définitive.

CONCLUSIONS

I. L'histoire du traitement des tumeurs malignes de la parotide reste très confuse jusqu'en 1841, avec la thèse de A. Bérard. Puis, abstention opératoire et intervention connaissent des fortunes diverses jusqu'en 1895, époque à laquelle J.-L. Faure met au point définitivement la première technique de parotidectomie totale.

II. Les tumeurs malignes de la parotide, moins fréquemment rencontrées que les tumeurs mixtes du même organe, comprennent des tumeurs épithéliales, des tumeurs conjonctives et des tumeurs mélaniques.

III. La différence entre les tumeurs mixtes et les tumeurs malignes est une différence de degré et d'ordre clinique, plutôt que leur existence en tant qu'entités pathologiques distinctes.

D'autre part, à partir du moment où l'élément épithélial d'une tumeur mixte prend une évolution maligne, rien ne peut permettre au point de vue pronostic, de faire une distinction entre une tumeur mixte cancérisée et un cancer proprement dit.

L'apparence bénigne de ces tumeurs est donc essentiellement trompeuse ; aussi faut-il, de bonne heure, en conseiller et en pratiquer l'extirpation suivant la technique de P. Duval, avec, si l'on veut, un traitement pré-opératoire télécuriethérapique.

IV. Les tumeurs malignes de la parotide sont très difficiles à guérir.

Toutes les méthodes thérapeutiques employées contre le cancer ont été successivement essayées au niveau du néoplasme parotidien.

De ces méthodes c'est encore l'exérèse chirurgicale large, étendue aux ganglions carotidiens du même côté, qui donne les meilleurs résultats.

Parmi toutes les techniques, nous croyons que, malgré les bons résultats indéniables obtenus par la technique de J.-L. Faure, celle de Bérard et Creyssel, synthèse des meilleurs principes formulés jusqu'alors, doit être préférée et rester la technique moderne de la parotidectomie avec curage ganglionnaire.

Le radium et les rayons X sont employés dans le traitement de ces tumeurs malignes, mais seulement comme procédé palliatif.

On ne fera jamais de curiethérapie seule vis-à-vis d'une tumeur encore extirpable.

Cependant, nous pensons que dans un grand nombre de cas, et surtout lorsque la tumeur n'aura pu être extirpée en entier, l'association de l'exérèse chirurgicale avec la curiethérapie ou une irradiation post-opératoire de la parotide et de ses ganglions lymphatiques, est susceptible d'améliorer le pronostic de ces redoutables tumeurs malignes.

Traitées suivant ces principes, et à une phase suffisamment précoce, les tumeurs malignes de la parotide semblent devoir donner de bons résultats thérapeutiques.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 14 décembre 1936
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER

BIBLIOGRAPHIE

Abbe. — « Sarcoma of the parotid treated by radium », *Ann. of Surgery*, 1911, t. LIV, p. 236.

Ancelot. — « Adénome de la région parotidienne. Ablation ,récidive locale, généralisation et mort », *Bull. Société de Chirurgie de Paris*, 1896.

Belot. — « Un cas de néoplasme de la fosse parotidienne traité par les hautes doses de rayons X », *Soc. de Radiol. Méd. de France*, 1921.

Belot et **Ménégaux**. — « Epithélioma de la parotide, opéré, récidivé et guéri depuis deux ans par la radiothérapie », *Journal de radiol. et d'électrol.*, t. XV, p. 90-91, février 1931.

Benedict et **Meigs**. — « Study of 225 cas of parotid gland's tumors, with complete end-results », *Surg. Gyn., Obst.*, t. LI, p. 626-647, novembre 1930.

Bérard (A.). — *Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne*, thèse du conc. de Méd. opératoire, Paris, 1841.

Bérard (L.) et **Creyssel**. — « Sur 18 observations de cancer de la parotide », *Soc. de Chir. de Lyon*, 24 mars 1928.

— « Sur l'association des agents physiques à l'exérèse chirurgicale dans le traitement du cancer de la parotide », *Bull. de l'Ass. fr. pour l'étude du cancer*, t. XIX, p. 505-507, juin 1930.

Bérard (L.), **Creyssel** et **Colson**. — « Thérapeutique chirurgicale moderne des tumeurs de la parotide », *Lyon Chir.*, t. XXVII, p. 285-306, mai-juin 1930.

Bérard (L.) et **Leriche**. — « De l'évidement de la loge parotidienne,

avec résection condylo-marginale postérieure du maxillaire », *Revue de Chirurgie*, décembre 1906.

Bérard (L.) et **Moutet** (Mme). — « Néoplasme parotidien inopérable, avec métastase, traité par le radium », *Lyon Chirurg.*, 1914, p. 651-653.

Bilhaut. — « Tumeur cancéreuse de la région parotidienne; exérèse suivie de fulguration, récidive rapide », *Ann. de Chir. et Orthop. Paris*, t. XXII, p. 97, 1909.

Blangdon. — « Un cas d'épithélioma primitif de la parotide », *L'Union méd. du Canada*, t. LXII, n° 6, juin 1933.

Botreau.Roussel. — « Traitement de la paralysie faciale par la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique », *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 15 octobre 1926.

Cadenat. — « Extirpation des tumeurs bénignes de la parotide », *Journal de Chirurgie*, p. 625, novembre 1936.

Caeiro. — « Résultats de la résection du ganglion étoilé dans les paralysies faciales; cas », *Semana med.*, t. I, p. 572-579, 20 février 1936.

Cappizzano. — « Radiothérapie de l'adéno-carcinome », *Rev. Ass. méd. Argentine*, t. XLIX, p. 1719-1720, novembre 1935.

Caubet. — *Contribution à l'étude des syndromes paralytiques consécutifs aux tumeurs malignes de la parotide*, thèse de Bordeaux, n° 63, 1924-1925.

Desplats. — « Un cas de tumeur volumineuse et inopérable de la parotide, opérée et fulgurée, et paraissant guérie », *Journal des Sc. Méd. Lille*, 1908, t. I, p. 305.

Duane, **William** and **Greenough**. — « Radium in the treatment of malignant and other diseases », *Keen's Surgery*, Philadelphia, 1921, p. 758.

Dunet et **Creyssel**. — *Cancer des glandes salivaires*, Paris, 1933.

Duval. — « Conservation des rameaux supérieurs du facial dans l'extirpation totale de la parotide en dehors du cancer », *Revue de Chirurgie*, 1914.

Farland. — « Studies of 135 cases of parotid gland's tumors », *Surg. Gynec. and Obst.*, t. LVII, p. 104-114, juillet 1933.

Faure (J.-L.). — « Etude anat. sur l'extirpation de la parotide et la résection préliminaire du bord de la mâchoire », *Gazette des Hôp.*, 1895, p. 353.

Finochietto et **Dickmann**. — « Technique d'anesthésie locale pour extirpation totale de la parotide », *Semana med.*, t. II, p. 1349-52, novembre 1935.

Forgues. — « De l'exérèse systematique du sterno-cléido-mastoidien dans l'ablation des grosses tumeurs latérales du cou », *Gaz. des Hôp.*, numéro du Centenaire, novembre 1927.

Fumey. — *Etude clinique et thérapeutique des tumeurs de la glande parolide*, thèse de Lyon, 1929-30.

Guyot (J.). — « Extirpation totale de la parotide pour tumeur mixte de cette glande avec conservation des rameaux supérieurs du facial », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1918.

Hintze. — « Therapeutic outlook in benign and malignant tumors », *Arch. f. klin. Chir.*, t. CLXXX, p. 606-636, 1934.

Hybinette. — « Les tumeurs bénignes et leur traitement radio-chirurgical », *Acta chirurgica scandinavica*, t. LXXVII, p. 19-47, 1935.

Jeanneney. — *Le cancer*, 1916.

Jeanneney et **Grey**. — « Sur trois cas de tumeurs de la région parotidienne (adénopathies volumineuses secondaires à des épithéliomas minimes et guéris de la face) », *Journal de Méd. de Bordeaux*, 25 mai 1925.

Leriche. — « Résection du ganglion cervical supérieur du sympathique dans la paralysie faciale », *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1920, n° 35.

— « D'une voie nouvelle, cervicale, prédigastrique, pour enlever les tumeurs énucléables du prolongement pharyngien de la parotide », *Presse Médicale*, t. XLIII, p. 1449, 18 septembre 1935.

Maurin. — *Technique opératoire nouvelle pour l'extirpation des tumeurs de la glande parolide*, thèse de Montpellier, 1911.

Moura. — « Parotidectomie totale; cas », *Rev. Brasil. de med. e pharm.*, t. VI, p. 3-18, mars 3930.

Nowikoff. — « L'ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique comme partie intégrante de la parotidectomie totale », *Lyon Chirurg.*, octobre 1924, t. XXI, p. 525.

Picot. — « Ablation totale de la parotide pour néoplasme », *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1925, t. LI, p. 412.

Picquet. — « Tumeur de la parotide compliquée de paralysie faciale; extirpation de la tumeur et suture du nerf », *Bull. et Mém. Soc. anat.*, Paris, 1911, t. LXXXVI, p. 370.

Pillet. — *Extirpation de la parotide*, thèse de Paris, 1828.

Santos. — « Indications et technique pour l'extirpation totale de la parotide », *Bol. do coll. Brasil. de cir.*, t. III, p. 10-20, juin 1932.

Shaar. — « Preservation of facial nerve in excision », *U. S. Nav. M. Bull.*, t. XXVII, p. 351-360, avril 1929.

Tansini. — « Sur un cas de carcinome bilatéral de la parotide et de ligature simultanée des deux jugulaires », *Gazz. degli ospedali* t. XLVIII, p. 845-847, 4 septembre 1927.

Vaucel. — *L'ablation totale de la parotide en dehors du cancer*, thèse Bordeaux, 1920.

Vincent. — « Ablation d'un épithélioma parotidien; suture du facial sectionné; tendance à la rétrocession de la paralysie faciale », *Soc. Chir. de Lyon*, juillet 1911.

Wickham. — « Traitement des tumeurs parotidiennes par l'association du radium à la chirurgie », *Journal de Méd. de Paris*, t. LI, p. 402-406, 30 avril 1931.

Worms et **Weiss**. — « Epithélioma thyroïdien de la parotide. Extirpation, guérison. Récupération fonctionnelle complète du nerf facial paralysé », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. LX, n° 10, 14 mars 1934.

Bordeaux. - Imprimerie J. Bière, 18, rue du Peugue. - 1936